

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 215)

TRAITEMENT
DES
ABCÈS FROIDS

PAR LES
INJECTIONS D'ODOFORME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE VENDREDI 7 AOUT 1885, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond THIRION

Né à Beuvezin (Meurthe-et-Moselle), le 26 mai 1861

Lauréat de la Faculté de Nancy (Prix de Médecine, 1883)

Aide d'anatomie

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1885



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547413_0073

TRAITEMENT
DES
ABCÈS FROIDS

PAR LES
INJECTIONS D'IODOFORME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE VENDREDI 7 AOUT 1885, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond THIRION

Né à Beuvezin (Meurthe-et-Moselle), le 26 mai 1861

Lauréat de la Faculté de Nancy (Prix de Médecine, 1883)

Aide d'anatomie

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. (ROUSSEL ✱, prof. adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, prof. M. BÉCHET, prof. adjoint.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M MACÉ, agrégé, chargé du cours.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	id.
Chimie médicale et Toxicologie..	M. GARNIER, id.	id.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, *président* ; MM. LALLEMENT, A. HERRGOTT, BARABAN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AINÉ

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMENT

PROFESSEUR D'ANATOMIE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous allons entrer dans quelques considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement des abcès froids.

Leur histoire anatomo-pathologique peut se diviser en plusieurs périodes.

D'abord, Hunter et Chaussier, tout en reconnaissant à l'abcès froid un contenu, le pus, variable du reste, dans son aspect et sa constitution, et un contenant ou membrane d'enveloppe, n'attribuent aucun rôle actif à cette membrane.

Delpech, Home, mais surtout Denonvilliers, accordent à la paroi de l'abcès un rôle déjà considérable. Pour Denonvilliers, c'est « un organe nouveau qui prend rang dans l'économie vivante, qui secrète et absorbe ». C'est à cette « membrane pyogénique » que serait dûe la formation continue du pus.

Ces idées ne tardèrent pas à être abandonnées et l'abcès froid devint « une collection purulente développée lentement dans le tissu cellulaire sans chaleur et presque sans douleur ».

Telle fut la définition admise jusqu'aux recherches de Brissaud et Josias, jusqu'aux travaux de Lannelongue. Ces auteurs établirent la nature tuberculeuse des abcès froids (tuberculômes de Lannelongue, gommes de Vidal, de Brissaud

et Josias) et montrèrent que leur mode de formation était semblable à celui des cavernes pulmonaires, et que leur paroi était constituée par le néoplasme tuberculeux.

La nature néoplasique de l'abcès explique la multiplicité des traitements employés et le peu d'action de la plupart d'entre eux ; comme dans les autres lésions tuberculeuses, un traitement simplement local serait insuffisant ; il faut agir en même temps sur l'organisme tout entier. Ces « tuberculômes », qu'ils soient idiopathiques ou symptomatiques, sont d'origine infectieuse et ce traitement doit être dirigé contre cet état infectieux.

Cette indication, du reste, a été saisie par tous les chirurgiens, même avant les derniers travaux qui ont établi les rapports de l'abcès froid avec la tuberculose. Elle s'imposait d'autant plus que ce dernier n'est pas, la plupart du temps, une manifestation isolée de la diathèse ; en beaucoup de cas, il fait partie d'une chaîne ininterrompue d'affections, dépendant de la même cause. Des malades à constitution plus ou moins détériorée, atteints souvent de tuberculose pulmonaire, exigeaient une médication tonique et reconstituante. Celle-ci est donc toujours nécessaire, quel que soit le procédé choisi pour agir directement sur l'abcès. Si le traitement général est indispensable, le traitement local ne l'est pas moins ; l'abcès froid qui est sous la dépendance d'un état général diathésique et qui est d'abord effet, peut à son tour devenir cause et amener de graves désordres dans l'organisme.

Nul doute que ces affections ne puissent parfois guérir spontanément ; c'est là un fait bien établi par Forget (1) ;

(1) Forget. Thèse, Paris, 1884. Guérison spontanée des abcès froids et des abcès par congestion.

c'est un résultat heureux qu'on voit non-seulement dans les abcès idiopathiques mais dans ceux qui sont symptomatiques d'affections osseuses ou articulaires comme les abcès par congestion.

D'habitude, la guérison spontanée apparaît comme le corollaire du rétablissement de la santé générale.

Je n'ai pas l'intention de faire l'histoire de toutes les méthodes de traitement employées par les chirurgiens à propos des abcès froids ; qu'il me suffise de dire que ces différentes méthodes avaient pour but de modifier soit le contenu, soit le contenant de l'abcès, soit enfin tous les deux à la fois.

Le pus peut être évacué par la ponction simple ou l'ouverture au bistouri ; celle-ci ne tarda pas à s'associer au drainage. Dans l'un et l'autre cas, la paroi de l'abcès fut souvent mise en contact avec des agents actifs comme la teinture d'iode, le chlorure de zinc, l'acide phénique. Les résultats obtenus n'étaient pas en rapport avec le but que l'on se proposait ; la ponction ou la simple ouverture ne faisaient rien ; l'injection de teinture d'iode amenait parfois des accidents inflammatoires sérieux.

Dès que la nature néoplasique de l'abcès froid fut connue, dès que l'importance de la membrane de l'abcès fut appréciée à sa juste valeur, le traitement chirurgical fut plus précis ; on savait que pour tarir l'écoulement du pus, il fallait s'attaquer non à ce dernier mais à sa cause productrice, au tissu tuberculeux lui-même.

On l'avait déjà fait d'une façon inconsciente en se servant de teinture d'iode ou d'acide phénique, mais en raison de la nature des agents employés, les résultats obtenus étaient ou nuls ou funestes pour le malade. Le traitement chirurgical indiqué par le caractère de l'affection, c'est la destruction du

tissu tuberculeux par raclage ou par extirpation complète avec le bistouri; l'abcès froid dans ce dernier cas étant enlevé par l'instrument tranchant, comme un cancer par exemple. C'est un procédé rationnel, mais souvent difficile à appliquer, pouvant surtout devenir dangereux pour le patient.

Aussi, bien des praticiens se sont-ils contentés, même aujourd'hui, de la méthode expectante, consistant en un traitement général tonique et quelques agents révulsifs sur la poche purulente. Si par sa marche envahissante, l'abcès froid se rapproche du cancer, il s'en éloigne par sa guérison spontanée qui est possible, terminaison admise par tous les chirurgiens; cependant, dans ces circonstances, on est frappé du long espace de temps nécessaire pour amener un résultat heureux. Lacharrière qui a réuni quarante cas de ce genre, trouvé qu'il faut une moyenne de treize mois. Le temps est donc un élément indispensable au succès de la méthode expectante.

Il restait à trouver un mode de traitement qui réunit l'efficacité de l'intervention chirurgicale active à la bénignité de l'expectation; il fallait en outre qu'il fût aussi simple que possible pour être à la portée de tous les médecins, et de plus, applicable dans toutes les circonstances. Ces résultats ne peuvent guère être obtenus que par l'intermédiaire d'un agent allant modifier directement le tissu tuberculeux.

Par son action sur différentes affections de nature tuberculeuse, l'iodoforme se trouvait tout indiqué pour cet usage. Ce fut le professeur Mosetig von Moorhof qui le premier, en 1881, l'employa à Vienne dans ce but; il n'eut qu'à s'en féliciter et depuis, Mikulicz et Billroth obtinrent en injectant l'iodoforme dans la cavité des abcès froids des succès non douteux; en 1883, Verneuil expérimenta ce même agent et commença des

essais qui furent, en juillet 1884, publiés dans la thèse du docteur Mattei ; et tout récemment il est venu rendre compte des succès obtenus par ce médicament. Dans le courant de la dernière année, nous avons vu M. le professeur Gross avoir recours à l'injection iodoformée, dans des cas d'abcès froids tuberculeux, et nous avons constaté les résultats favorables de ce traitement. Ce sont ces résultats que nous publions avec quelques recherches sur le sujet.

Que M. le Professeur Gross, qui nous a prodigué ses conseils avec tant de bienveillance et qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir l'expression de notre reconnaissance.

Nous prions M. Knœpfler, interne des hôpitaux de Nancy, de recevoir nos remerciements pour les soins qu'il a mis à recueillir les observations qu'il nous a confiées.



PLAN & DIVISION

Nous aurons tout d'abord à parler du manuel opératoire, très simple du reste, ce qui constituera le premier chapitre. Dans un second, nous passerons en revue ses résultats immédiats, avantages et inconvénients ; dans un troisième, ses résultats éloignés, ses effets thérapeutiques.

Dans ces divers chapitres nous aurons à comparer ce procédé, tantôt avec le raclage ou l'extirpation complète ou les autres médications actives, tantôt avec la méthode dite expectante.

Dans un quatrième chapitre nous chercherons à nous rendre compte, autant que possible, des effets obtenus.

Enfin, viendra en dernier lieu l'examen des indications et contre-indications, ainsi que les conclusions.

Les observations sont rejetées à la fin et groupées en différentes séries, suivant les résultats.

CHAPITRE I

OPÉRATION.

Le traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme comprend une opération se décomposant elle-même en deux temps ; la *ponction* pour évacuer le pus, l'*injection* pour introduire l'agent médicamenteux. Cette opération a un complément nécessaire, le *pansement*.

A. Ponction.

Elle n'a dans le cas particulier rien de spécial ; elle se fait avec un trocart.

La canule ayant servi à l'écoulement du pus sert également pour l'injection ; la ponction simple et la ponction unie à l'aspiration ont été toutes deux employées.

Verneuil se sert toujours des appareils à aspiration ; c'est la méthode adoptée constamment par M. le professeur Gross. On évite ainsi sûrement l'entrée de l'air dans la cavité après l'évacuation du contenu ; de plus, celui-ci est évacué d'une façon complète. — Les abcès froids en raison de leur marche envahissante sont souvent pourvus de prolongements irréguliers et profonds : ils ne se videraient pas suffisamment avec un simple trocart.

Dans cette petite opération, il ne faut pas oublier les règles de l'antisepsie, laver à l'acide phénique la région de l'abcès, phéniquer les instruments, etc.

Quant au lieu de la ponction, c'est évidemment l'endroit où la poche purulente proémine le plus, qui doit obtenir la préférence.

Il arrive pourtant que le liquide se trouve arrêté par des grumeaux, circonstance qui n'est pas toujours sans créer quelque embarras au chirurgien.

L'abcès doit-il être vidé complètement ou à moitié? Comme il importe avant tout de permettre le contact intime de l'iodoforme avec la paroi, le contenu doit autant que possible faire place au liquide modificateur injecté.

B. Injection d'iodoforme.

La cavité de l'abcès se trouve donc vidée aussi complètement que possible; il s'agit ensuite d'y faire parvenir l'agent modificateur du tubercule, l'iodoforme. Le véhicule du médicament n'est pas toujours le même. L'iodoforme est soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles essentielles; il l'est peu dans l'eau et il est insoluble dans les solutions alcalines et acides. Divers liquides, sans le dissoudre, le tiennent en suspension, font avec lui une sorte d'émulsion, tels sont: l'huile, la glycérine.

De là deux procédés; l'iodoforme peut être employé en solution ou en émulsion.

C'est la forme émulsion qui a eu la priorité. La formule de Mikulicz était la suivante:

{	iodoforme	10
	glycérine	80
	huile d'olive	40

Cet auteur aurait du reste employé ensuite la solution éthérée.

Billroth et ses disciples laissèrent de côté l'huile et la formule devint (1) :

$$\left\{ \begin{array}{ll} \text{iodoforme} & 10 \\ \text{glycérine} & 100. \end{array} \right.$$

Le professeur Verneuil se sert de la solution éthérée :

$$\left\{ \begin{array}{ll} \text{Iodoforme} & 5 \\ \text{Ether} & 100. \end{array} \right.$$

A Nancy, l'iodoforme a été surtout employé en émulsion dans la glycérine. La formule usitée dans le service de M. le professeur Gross est celle du professeur Billroth.

Quant à la dose d'iodoforme, elle varie dans certaines limites.

A Vienne, à la clinique de Billroth, la plus grande quantité de liquide injecté a été de 100 gr., c'est-à-dire que la dose maxima d'iodoforme n'a pas dépassé 10 grammes.

Il faut dire qu'il y a eu alors des signes d'intoxication; c'est le seul cas cité par Alexandre Fraenkel. Verneuil (2) cite un cas où il a injecté 20 grammes d'iodoforme, et où il a obtenu quelques symptômes sérieux d'intoxication. Aussi n'emploie-t-il plus que 50 à 60 gr. de solution, 100 gr. au maximum, de sorte que la quantité d'iodoforme abandonné à l'absorption ne dépasse jamais 4 à 5 gr.

A Nancy, la moyenne du liquide injecté est de 30 gr., les proportions étant, comme on sait, de 10 gr. d'iodoforme pour 100 gr. de glycérine.

La dose d'iodoforme employé dans chaque injection a été en général inférieure à cinq grammes. Sans doute, en addi-

(1) Billroth. Wiener medic. Wochenschrift n° 26, 23 juin 1884.

(2) Verneuil, Revue de chirurgie, 1885.

tionnant l'iodoforme qui a servi pour des injections successives, nous aurions un chiffre plus élevé, mais il est de toute évidence que nous ne devons tenir compte que de la dose pour une injection isolée, à condition que les opérations successives ne soient pas trop rapprochées.

Quelle que soit la forme sous laquelle l'agent médicamenteux se trouve employé, celui-ci est injecté par la canule qui a servi à l'évacuation du pus. Pour cela, d'après M. le professeur Gross, il faut une bonne seringue, de dimension convenable et s'adaptant exactement sur l'extrémité de la canule employée pour la ponction. L'instrument doit être chargé à l'avance pour éviter toute perte de temps ; un aide le tient tout prêt pendant que le chirurgien fait la ponction ; et dès que l'écoulement du pus s'arrête, l'injection est aussitôt pratiquée sans intervalle aucun.

L'injection opérée, la canule est retirée avec ménagement et on procède au pansement.

C. Pansement.

Le pansement nécessité par la petite plaie opératoire est très simple. Il s'agit d'oblitérer hermétiquement la petite piqûre qui résulte de la ponction. A Vienne, cette plaie est recouverte par de la gaze iodoformée ; on peut se servir de taffetas gommé ou de coton imprégné de collodion.

A côté du pansement oclusif, il est utile d'exercer une compression modérée sur l'abcès ; elle est destinée, sinon à prévenir, du moins à rendre plus difficile l'hyperhémie et l'exsudation ex vacuo à la surface interne de la poche ; elle favorise le contact du médicament avec le tissu néoplasique. Par contre, une compression exagérée pourrait amener une

résorption trop rapide du liquide injecté, phénomène pouvant amener des symptômes d'intoxication.

En résumé, ponction de l'abcès par la canule ayant servi à l'évacuation du pus, injection d'un liquide renfermant l'iodoforme (solution ou émulsion), pansement occlusif de la plaie et compressif modéré de l'abcès, tel est dans toute sa simplicité le manuel opératoire du traitement des abcès froids par l'injection d'iodoforme.

Pour mener à bonne fin une opération de cette nature, il suffit, dit Verneuil, d'une seringue, d'une solution et d'une dose d'habileté ne dépassant pas celle de la vulgaire opération de l'hydrocèle.

Si un procédé aussi simple, si le seul emploi d'un agent médicamenteux peut remplacer un traumatisme opératoire, quelquefois très-étendu et très-grave, celui-ci doit céder le pas à l'autre. Etant donnée la nature parasitaire de l'abcès froid, sa structure néoplasique, un traitement chirurgical n'est admissible que s'il est complet : si, pour un certain nombre de gommes tuberculeuses superficiellement placées, il est facile de remplir cette condition, de pratiquer l'extirpation de l'abcès froid comme on extirperait un kyste ou un sarcome, il n'en est plus de même dans la très grande majorité des cas ; de plus et principalement si le procédé employé est le raclage, il est nécessaire pour éviter l'auto-inoculation possible (Verneuil), de modifier le foyer par un liquide microbicide, le chlorure de zinc, par exemple (Bouilly).

Enfin le traitement chirurgical ne peut être appliqué dans tous les cas ; « les abcès froids, dit M. Trélat, sont ainsi traités quand ils sont d'origine cellulaire ou ganglionnaire... — Quand ils sont d'origine osseuse, la cure n'est pas toujours facile pour une raison, c'est que le foyer osseux n'est pas tou-

jours accessible. Si le point de départ est une coxalgie, on peut bien réséquer la tête, gratter l'acétabulum, etc...; mais si le pus vient du rachis ? »

Tous les chirurgiens, il est vrai, ne sont pas de cet avis. Pour M. Socin, de Bâle, il n'y a pas de limite à l'intervention chirurgicale ; la rugination de la colonne vertébrale devrait même être tentée (1). Mais est-il nécessaire d'insister sur la gravité de l'opération ? Malgré les vastes délabrements chirurgicaux faits dans ce but, l'opération est-elle réellement complète, a-t-on pu s'attaquer à tous les tissus malades, condition indispensable pour une réussite certaine ? Il suffit de poser la question pour la résoudre.

Outre la difficulté de l'opération et son impossibilité, peut-on dire que dans tous les cas même opérables, tous les tissus tuberculeux ont été enlevés ? Pour arriver à ce résultat, il faut, comme l'avance M. Socin, ne faire miséricorde ni aux muscles, ni à la peau ; les boyaux diverticulaires des poches purulentes devraient être fouillés jusque dans leurs profondeurs. Il ne faudrait même pas, avec M. Socin, respecter les vaisseaux.

La vaste plaie est tantôt réunie (Socin), tantôt ne l'est pas (Bouilly). Ce dernier chirurgien voyant que ses tentatives de réunion immédiate ne réussissaient jamais, ne les renouvela plus ; la plaie béante est par lui bourrée de ouate iodoformée. Ce fait est à noter ; peut-être aurait-il quelque part dans les succès de la méthode chirurgicale employée.

Tenant compte des inconvénients de l'intervention chirurgicale et aussi de la curabilité des abcès froids, bien des chi-

(1) Revue de Chirurgie, mai 1885.

rurgiens se contentent encore de *l'expectation*. Le traitement par l'iodoforme est au moins aussi simple que cette dernière méthode, car on n'a jamais recours à l'expectation pure et simple ; outre le traitement général toujours applicable, quel que soit le traitement local, on cherche à agir sur l'abcès au moins par une des formes de la médication révulsive.

L'expectation ne l'emporte donc pas sur le traitement iodoformé par la simplicité. Celui-ci est un traitement de douceur toujours préférable aux opérations plus complexes ; reste à examiner si ses suites sont aussi bénignes et à démontrer ses effets thérapeutiques.



CHAPITRE II

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET RISQUES DE L'OPÉRATION.

Il peut y avoir des accidents pendant l'opération, ou quelque temps après. Ils dépendent soit de la ponction soit de l'injection (éther, iodoforme etc.), soit de causes multiples.

A. Accidents pendant l'opération.

Nous n'en avons pas à noter, mais, comme dans toute ponction, il y en a qui sont possibles. Ils arrivent quand il y a maladresse de la part du chirurgien ou erreur de diagnostic ; autrement, non.

B. Accidents consécutifs à l'opération.

Ces accidents sont peu nombreux et en général, à cause de leur peu de gravité, méritent à peine d'être signalés. Cependant il est bon d'être prévenu de leur existence possible, au moins pour ne pas en être effrayé dans le cas où on les rencontrerait.

1° Distension de la poche ; — légers phénomènes d'excitation immédiate (l'éther servant de véhicule).

Lorsque l'injection a lieu avec une solution éthérée (obs. 20 de Verneuil) un phénomène qu'on voit se produire constamment, c'est la distension de la poche par les vapeurs d'éther.

C'est sans doute, dit Mattei, à la présence de l'éther seul ou de sa vapeur dans la cavité que sont dûs les légers symptômes d'excitation accusés dans les premiers instants ou durant les premières heures par les malades (obs. 23).

L'iodoforme seul, appliqué sur les plaies en quantité modérée, ne produit pas d'effets analogues.

2° Douleur.

Dans l'obs. 23 (Verneuil) il y a eu des douleurs après deux ponctions, suivies d'injection. L'iodoforme étant un anesthésique local, il est naturel d'en rejeter l'origine sur la ponction, mais surtout sur le véhicule lui-même, l'éther. Il convient aussi de ne pas oublier l'état nerveux et débilité de la malade.

3° Établissement d'une fistule par l'orifice de la ponction.

Les observations de Billroth en fournissent plusieurs exemples (obs. 11, 25). Chaque fois l'ouverture fut pansée à la gaze iodoformée, une légère compression produite, et la guérison ne tarda pas à survenir. Cet accident ne paraît pas imputable à l'injection iodoformée. Il suffit d'avoir vu ponctionner un certain nombre d'abcès par congestion pour savoir qu'il est souvent observé à la suite des ponctions. Il est donc dû à la ponction.

4° Réaction fébrile.

On en cite quelque cas, mais elle ne se comprend que comme effet. Elle est la conséquence nécessaire de l'inflammation de la poche, soit que celle-ci ait déjà préexisté au moment de la ponction, soit qu'elle ait apparu par suite de la négligence des règles de l'antisepsie, ou par suite de la maladresse de l'opérateur.

Dans une observation de Verneuil, on voit au contraire l'injection d'iodoforme faire cesser un état fébrile antérieur. Il s'agit d'un homme de 28 ans, présentant des abcès

aux deux aines. Pendant une semaine il eut une hyperthermie considérable qui nécessita l'emploi du thermomètre ; la température flottait entre 38°5 et 39°5. Au jour de la ponction elle avait atteint son maximum ; le lendemain de l'opération, le thermomètre n'accuse plus que 37° ; puis après quelques légères oscillations durant lesquelles elle monte un seule fois jusqu'à 37°8, la température redevient et reste normale.

5° Intoxication par l'iodoforme.

Jusqu'alors parmi les accidents signalés dans les observations nous n'avons pu incriminer l'iodoforme, Nous arrivons au véritable danger qu'il peut occasionner. Cet agent, pour avoir dans d'autres applications thérapeutiques déterminé des accidents graves, a été sur le point d'être abandonné. Encore maintenant, on est loin d'être d'accord sur les risques qu'il fait courir au patient ; de nombreux auteurs l'ont tour à tour condamné ou absous.

Symptômes.

Dans les observations que j'ai recueillies, il n'y a que des phénomènes légers d'empoisonnement ; mais comme c'est le seul danger sérieux que l'on peut reprocher à cette méthode de traitement, il convient d'entrer à ce sujet dans quelques détails.

Le travail de notre maître, M. le Professeur agrégé Rohmer, nous permettra d'esquisser la symptomatologie de l'intoxication par l'iodoforme (1) ; pour en expliquer le mécanisme et la prophylaxie, j'aurai surtout recours aux recherches de Erich Harnach et J. Gruendler (2).

(1) Revue de chirurgie, 1882.

(2) Berlin. clin. Wochens. n° 47, p. 721, 19. Novembre 1883.

Les symptômes de l'empoisonnement peuvent d'abord différer par la gravité ; depuis l'excitation la plus faible jusqu'au coma mortel, ils affectent tous les degrés.

On a parfois observé seulement une élévation de température, de peu de durée, ne s'accompagnant d'aucun des troubles généraux, *présentant un caractère aseptique*.

A un degré plus élevé, il y a un malaise généralisé, de l'abattement, de la céphalalgie, de l'inappétence ; les malades accusent un goût prononcé d'iodoforme (obs. 23) ; on voit de la tristesse, de la tendance aux larmes, souvent dès le début ; mais un phénomène d'une importance capitale, c'est l'état du pouls qui est petit, mou, dépressible, la plupart du temps très fréquent (150-180), incomptable, sans qu'il y ait pour cela de l'hyperthermie. Si ce signe se présente tout d'abord, il prouve la gravité de l'affection.

Chez un premier malade de Billroth, il y eut de la pesanteur de tête une heure après l'injection ; pendant la nuit, sommeil calme, et le matin, réveil avec une grande sensation de bien-être. De petites quantités d'iodoforme avaient dû être absorbées, ce qui explique la pesanteur de tête et peut-être aussi la sensation de bien-être du matin, l'iodoforme à très-faible dose pouvant produire une excitation générale.

Dans une observation de Verneuil, il est dit que peu de temps après la ponction, il y eut des troubles encéphaliques, des étourdissements, des vertiges, de la prostration, et cela pendant 24 heures. Ces symptômes s'amendèrent peu à peu et finirent par disparaître.

Tels furent aussi les phénomènes observés par MM. les professeurs Gross et Rohmer chez un malade d'environ 27 ans. Après la ponction d'un abcès ganglionnaire avec injection consécutive d'environ 40 grammes de solution glycinée,

ces chirurgiens observèrent chez leur malade, le lendemain de l'opération seulement, de l'agitation, des vertiges et quelques hallucinations, pendant une à deux heures environ. Ces accidents durent faire renoncer à l'emploi de ce mode de traitement.

La forme d'empoisonnement la plus grave offre deux variétés, la variété méningitique et la variété délirante (1).

Variété méningitique. — Elle se voit surtout chez les enfants et se caractérise par du coma, des contractures, de l'inégalité pupillaire, de la fréquence du pouls sans élévation de la température.

Chez un enfant de 9 ans, deux jours après l'injection de 1 gr. 50 à 2 grammes d'iodoforme, M. Gross vit éclater brusquement des symptômes méningitiques ; le petit malade ressentit de la douleur à la région intersourcilière, des fourmillements à la main gauche, et presque aussitôt il fut pris de vomissements et de perte de connaissance, puis de convulsions de la face d'abord, et un instant après de tout le corps. Les crises convulsives, d'abord de courte durée, se répétèrent et devinrent de plus en plus longues, et bientôt survint un coma complet.

La température fut élevée dès le début ; le soir, d'abord à 38°, elle finit par atteindre 39° ; quant au pouls, bien qu'il ait eu pendant un jour une fréquence considérable (128), il fut la plupart du temps aux environs de 60, excepté à la fin où il arriva jusqu'à 100.

Les phénomènes morbides qu'a présentés le petit malade rappellent assez la forme méningitique que nous venons de décrire, mais ils offrent ce caractère différentiel, qu'ils sont

(1) Rohmer. Revue de chirurgie, 1882.

localisés du côté gauche (face et bras); le peu de fréquence du pouls coïncidant avec l'élévation de la température, éloignent encore l'idée d'intoxication par l'iodoforme. D'ailleurs, aussitôt après le début des accidents, l'injection fut retirée par aspiration et l'analyse des urines n'a jamais révélé la présence de l'iode.

Les symptômes observés ont permis de conclure à une lésion organique (méningite) à siège déterminé (couche corticale du côté droit), de même nature que l'abcès froid, c'est-à-dire tuberculeuse.

Tel fut le diagnostic établi d'abord par M. le professeur Gross, puis par M. le professeur V. Parisot, dans le service duquel fut évacué le malade.

Forme délirante. — Elle se trouve surtout chez les adultes et s'annonce tantôt par de l'excitation, tantôt par de la dépression; il y a de l'angoisse, de l'agitation, parfois de l'insomnie, des hallucinations, la nuit principalement. Les symptômes nerveux s'accompagnent de troubles digestifs et de vomissements.

Marche. — L'empoisonnement peut être aigu ou subaigu. Il a été observé dans les premiers essais avec l'iodoforme, en Allemagne, où l'on a employé des doses trop fortes.

La forme aiguë peut se terminer par la mort au bout de 24 ou 48 heures.

L'empoisonnement subaigu est le plus ordinaire, et il s'explique par l'élimination lente du médicament (1).

Doses. — Les doses qui ont déterminé la mort sont de 40 à 100 grammes; les doses de 10 à 15 grammes ont déjà causé des craintes assez sérieuses.

(1) Rummo. Rivista clin. e terap. (juillet 1882).

Pathogénie. — Comment se fait l'empoisonnement, quel en est le mécanisme ?

Il y a sans doute des prédispositions, il y a des résistances différentes selon les âges, les sexes ; l'enfant est plus promptement intoxiqué que l'adulte, la femme que l'homme. Sans m'arrêter à ces faits, je passe de suite aux différentes théories qui prétendent expliquer le mécanisme intime de l'intoxication.

Pour Mosetig (1), il y a formation d'iode dans le sang, iode libre qui se combine aux bases avec lesquelles il est éliminé par les urines. Il y aurait des phénomènes toxiques lorsque l'iode serait en excès dans le sang, c'est-à-dire lorsque sa production serait exagérée ou son élimination impossible.

Telle serait aussi l'opinion de Moleschott (2).

Kocher (3) pense que l'iodoforme agirait à la manière du chloroforme.

Harnach, se basant sur trois cas d'empoisonnement qu'il a constatés, tendrait à admettre que l'empoisonnement par l'iodoforme dépend essentiellement de la forme sous laquelle l'iode résultant de son dédoublement se trouve absorbé par l'organisme. L'empoisonnement, d'après cet auteur, arriverait lorsque l'iode forme des *combinaisons organiques*.

Zeller (4), après un certain nombre d'expériences sur des chiens, conclut dans le même sens ; les combinaisons d'iode et d'albumine, bien que difficilement absorbées, pénétreraient dans l'économie lors de l'empoisonnement par l'iodoforme ;

(1) Rohmer. Revue de Chirurgie, 1882.

(2) Rohmer. Revue de Chirurgie, 1882.

(3) Rohmer, Revue de Chirurgie, 1882.

(4) Zeitschrift für physiologische Chemie. Band VIII, p. 70, 1884.

on trouverait beaucoup d'iode dans le sang et très peu dans l'urine.

Les idées de Harnach s'appuient non-seulement sur les observations où l'iodoforme a été mortel, mais aussi sur des séries d'expériences chez l'homme et les animaux. Harnach a cherché les iodures dans les urines à l'aide d'un procédé de dosage préférable même à celui de Hilger (1) (emploi d'une solution titrée de chlorure de palladium après élimination des phosphates et des sulfates).

Ce procédé suffit pour décéler $\frac{1}{75000}$ d'iodure.

On additionne l'urine d'un peu d'empois d'amidon, d'acide sulfurique dilué, d'acide azotique fumant et de quelques gouttes de sulfure de carbone ; le liquide se colore en bleu. En agitant, une portion de l'iode se dissout dans le sulfure de carbone qui occupe le fond du vase et qui prend ainsi une teinte violette, tandis que, par dessus, se forme peu à peu un anneau bleu foncé d'iodure d'amidon.

Cette réaction n'accuse que l'iode à l'état d'iodure ; celui qui est dans un composé organique lui échappe ; d'où la nécessité d'incinérer les matières organiques de l'urine, si l'on veut avoir tout l'iodure qui s'y trouve.

Dans toutes les urines dont il fit l'analyse, Harnach se mit à examiner comparativement la quantité d'iode à l'état d'iodure et celle qui entrait dans les combinaisons organiques.

Sur 19 individus sains chez lesquels des applications d'iodoforme avaient été faites de différentes façons et en des ré-

(1) Annalen d. Ch. u. Ph. CLXXI, p. 242, 1874.

gions très diverses, sans qu'il en résultât des phénomènes d'empoisonnement, l'examen des urines montra que si la réaction caractéristique manquait tout d'abord dans celles-ci, elle n'était pas plus appréciable dans les cendres. S'il y avait des iodures, ils étaient tout d'abord décelés.

Parfois il n'y avait pas d'iodure éliminé; or, on peut admettre que pendant le fonctionnement normal des organes, rien ne s'oppose à cette élimination; c'est qu'il n'y avait donc pas d'iodoforme décomposé.

Les urines d'un malade (obs. 2) analysées au laboratoire des cliniques de Nancy décelèrent complètement l'iode, même directement, et cela quinze jours encore après l'injection d'iodoforme. — Dans l'intervalle, le sujet n'a présenté aucun phénomène d'intoxication.

Dans d'autres circonstances, sans qu'il y eût de phénomènes d'empoisonnement, Harnach aurait constaté jusqu'à 0 gr. 2355 et 0 gr. 3600 d'iodures par litre, associés même à des iodates.

Dans un cas d'empoisonnement par l'iodoforme chez l'homme, au contraire, alors qu'il n'y avait qu'une faible quantité d'iodures, l'iode se trouvait en proportion considérable dans les cendres. L'iode avait été éliminé en majeure partie à l'état de composés organiques.

L'iode transformé en IK donnait 0 gr. 7500 d'iodure par litre.

Ce fait combat la théorie de Mosetig en montrant que dans les cas d'empoisonnement, l'iode ne s'accumule pas dans l'organisme mais en est éliminé, très peu, il est vrai, sous forme d'iodure.

Harnach a de plus établi que chez l'homme c'était le cerveau qui était le lieu d'élection de l'iodoforme. Tandis que le

foie et les reins ne renfermaient qu'une faible proportion d'iode, le cerveau en contenait jusqu'à 0 gr. 045 0/0. Chez le chien c'était le foie qui en avait le plus.

Prophylaxie. — Ces vues théoriques n'offriraient qu'un intérêt secondaire si elles ne nous menaient à un résultat pratique, point essentiel que Harnach n'a pas oublié, du reste. Si l'iodoforme par sa décomposition favorise la naissance de produits organiques dangereux, il faut chercher la combinaison de l'iode naissant avec des alcalins ; ainsi on se trouverait garanti contre l'intoxication ; dans l'application de l'iodoforme au traitement des abcès froids, il suffirait de joindre au médicament un alcali inoffensif, si toutefois on ne rendait pas ainsi l'iodoforme inactif.

Outre ce moyen prophylactique qui n'a pas encore, je crois, fait ses preuves, pour éviter tout empoisonnement, il est bon de ne pas employer des doses trop fortes, inutiles d'ailleurs, et de veiller à ce qu'elles soient toujours inférieures à 4 ou 5 gr. ; dans l'application du pansement, si une pression légère est utile, une trop forte serait nuisible. Il convient encore de ne pas faire des injections trop fréquentes ; l'iodoforme des injections précédentes, qui n'a pas été décomposé ni évacué, avec celui qu'on ajoute, formerait une quantité considérable. Enfin, il faut avoir soin de n'introduire dans la cavité de l'abcès rien qui facilite l'absorption trop rapide de l'agent thérapeutique, soit en le décomposant, soit en augmentant les propriétés absorbantes des parois de l'abcès (lavages fréquents, par exemple).

Il ne faut pas s'exagérer la fréquence des phénomènes toxiques occasionnés par l'iodoforme. Mosetig qui utilise avec tant d'habileté cet agent, dit n'avoir jamais eu dans une pratique de 1100 cas, un phénomène d'intoxication sérieux.

Dans les cliniques de Nancy où le pansement iodoformé est

d'un usage si fréquent, MM. les professeurs Gross, Heydenreich et Weiss n'ont eu à constater que de rares intoxications et encore c'étaient toujours des formes bénignes.

Dans les observations où l'iodoforme a été mis en contact avec la cavité bourgeonnante des abcès froids, il n'y a eu que quelques accidents d'importance secondaire à signaler.

Il suffit souvent, d'ailleurs, d'être prévenu de la possibilité d'un danger pour l'éviter.

De ce qui précède, on peut légitimement conclure qu'un seul danger existe, c'est l'intoxication possible par l'iodoforme; nous disons possible, car les faits que nous avons recueillis ne sauraient guère imposer de grandes craintes; les suites de l'opération sont aussi bénignes que celle-ci est simple et facile; ses légers inconvénients se trouvent largement compensés par ses avantages.

Dans la grande majorité des cas, il n'y a pas eu de réaction générale ou du moins elle a été peu prononcée quand elle est survenue. Que le malade se trouve avoir une fièvre tenant à une affection concomitante, l'état fébrile n'est pas augmenté par l'action de l'iodoforme sur l'abcès. On doit tellement peu s'inquiéter des suites de cette intervention chirurgicale, que Billroth, après avoir ponctionné un abcès et y avoir injecté l'iodoforme, n'interdit pas d'habitude aux malades leur promenade ou leurs occupations ordinaires. Une surveillance médicale active n'est pas indispensable.

Quand on n'a pas le patient à l'hôpital, ou quand on ne peut le suivre de près dans sa pratique particulière, peut-on avoir recours à une intervention chirurgicale bien autrement complexe? On fait, sans doute, un premier pansement antiseptique, mais celui-ci ne tarde pas à s'infecter, d'où de grands risques, une suppuration abondante, certaine, qui affaiblit le malade et le met dans les plus grands périls. — Mieux vau-

draît abandonner l'affection à sa marche naturelle. — Une guérison prompte et définitive n'est guère à attendre d'un pansement mal surveillé. Rien de semblable n'est à redouter avec le traitement par l'iodoforme.

La douleur est rare, avons-nous vu, grâce aux propriétés calmantes de la substance injectée. Il n'y a pas d'inflammation de la poche, pas de douleurs vives, pas de symptômes généraux graves comme après les injections iodées de Velpeau, parfois encore recommandées. On cite, il est vrai, quelques guérisons obtenues par ce moyen, mais la plupart du temps, les injections faibles ne faisaient rien, les fortes amenaient une violente inflammation avec toutes ses conséquences ; en définitive, souvent on s'estimait heureux lorsqu'après le traitement l'abcès revenait à son état antérieur. Un autre liquide modificateur comme le chlorure de zinc, n'aurait pas une influence plus efficace. N'a-t-on pas vu, même l'acide phénique, être au-dessous de sa réputation dans le traitement des tuberculoses externes ?

L'iodoforme dans cette application spéciale n'a pas encore, autant que je sache, causé d'accidents mortels. Peut-on en dire autant des autres procédés chirurgicaux ? Sans tenir compte des risques qu'amènent toujours avec elles les grandes plaies, n'y a-t-il pas lieu de craindre pendant l'opération ou quelque temps après, les auto-inoculations (1) par les produits tuberculeux qu'on dissocie (raclage ou extirpation) ?

Quoi qu'il en soit, il est facile de voir que les suites opératoires d'un traitement par l'iodoforme ne sont pas à redouter, que par lui-même, mais surtout par comparaison avec les autres méthodes usitées, il présente des caractères de bénignité exceptionnels.

(1) Verneuil, Association française pour l'avancement des sciences, Rouen, 1883. — Kœnig, 13^e congrès des chirurgiens allemands.

CHAPITRE III

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

A. Guérison.

En compulsant les observations de Billroth, de Verneuil et les nôtres, nous voyons que dans un grand nombre on a noté la disparition de l'abcès.

Nous allons d'abord étudier dans quelles circonstances, sous quelles influences les guérisons se sont produites.

Age. Il ne s'agit pas seulement d'adolescents ou d'adultes mais encore de sujets de 55 ans (obs. 4.), de 44 ans (obs. 10), etc. Si l'on songe que les abcès froids laissés à eux-mêmes n'ont de tendance à la guérison que chez les individus relativement jeunes, on est obligé de reconnaître l'efficacité de la méthode thérapeutique employée.

Sexe. Il n'a pas semblé avoir d'action sur le traitement.

État général. Dans les guérisons spontanées la disparition de la maladie locale est comme le corollaire du rétablissement de la santé.

L'abcès froid se développe chez des individus dont la constitution se trouve dans l'état le plus différent ; les observations en montrent chez lesquels il semble être la seule manifestation de la diathèse tuberculeuse ; ils sont bien portants en somme ou du moins se considèrent comme tels. L'abcès froid peut continuer à être le signe unique de la tuberculose, ce qui est l'exception.

La plupart du temps, l'organisme est affaibli, le malade a eu dans son jeune âge des traces de scrofule; et, en même temps que la collection purulente spécifique, il y a d'autres lésions de même nature.

Des lésions viscérales, surtout pulmonaires, viennent enfin s'associer aux diverses manifestations précédentes.

Chez le même individu la diathèse peut du reste s'attaquer à tous les tissus, à tous les organes. Est-il nécessaire d'ajouter que plus nombreuses seront les lésions, plus elles seront profondes et étendues, moins la médication employée aura de chance de succès. Les guérisons spontanées ont eu lieu chez des sujets où l'abcès froid existait surtout comme lésion unique (1); aucun viscère important n'était intéressé, la nutrition générale n'était pas entravée et l'intervention du chirurgien était merveilleusement secondée par un organisme non débilité; ces guérisons s'expliquent du reste; mais que le même résultat se voie chez des individus où il existe d'autres lésions tuberculeuses ou chez les individus affaiblis, cachectisés et qu'il arrive rapidement (obs. 1. 3. 6. 7. 10. 11.) cela prouve l'efficacité de la méthode thérapeutique; le médicament s'attaque à la lésion tuberculeuse sans être secondé par des efforts bien efficaces de l'organisme.

Quel que soit le terrain qui sert à son développement, l'abcès affecte *des caractères différents*; son volume varie, son point de départ aussi, autant de circonstances qui influent nécessairement sur la marche de la guérison:

Les abcès volumineux sont justiciables du traitement iodoformé alors que l'extirpation ou même le raclage sont contre-

(1) Porget. Thèse de Paris, 1884.

indiqués ; une fois vidés, ils sont remplis avec la solution ou l'émulsion d'iodoforme ; mais la quantité du liquide injecté étant en raison directe des dimensions de l'abcès, il est bon de ne pas dépasser la dose maxima.

Ce premier caractère du néoplasme tuberculeux ne constitue pas par lui-même un obstacle à une guérison rapide ; il convient plutôt d'accuser l'étendue et la nature des lésions osseuses. Les abcès par congestion réunissent souvent ces deux signes auxquels il est bon de joindre leur siège spécial. Leur cause première est souvent une vertèbre très éloignée de la région où la collection purulente tend à s'ouvrir ; leur paroi de nature néoplasique envoie des prolongements dans tous les sens, diverticules qui ne sont pas à l'abri de l'iodoforme. Les cas relativement nombreux d'abcès par congestion compris dans nos observations ne se sont pas montrés plus rebelles que les autres et leur disparition s'est faite dans un espace de temps assez court.

Il y a dans les observations des exemples d'abcès par congestion guéris au moins temporairement (Obs. 1. 2. 5. 7. 8. 10). Dans l'observation 2, l'abcès d'abord disparu, s'est ensuite reproduit.

Dans les cas précédents la durée moyenne est d'environ deux mois et demi.

Une seule ponction peut être suffisante ; l'injection n'est pas suivie de la reproduction du pus, mais habituellement l'abcès ne tarde pas à se reformer, une nouvelle ponction devient nécessaire et ce n'est souvent qu'après des injections multiples que la collection purulente finit par disparaître. C'est cette dernière marche que l'affection suit le plus communément pour arriver à la guérison.

Comme terminaison naturelle des abcès froids, on a cité

leur transformation kystique (1) ; rien de semblable n'a encore, autant que je sache, été obtenu après l'action de l'iodoforme.

Comme autre mode de guérison, qu'on appellerait volontiers *incomplète*, vient le changement de l'abcès en une tumeur dure, tumeur qui peut persister plus ou moins longtemps, disparaître ou même devenir le siège d'une récurrence.

Statistique. — Dans 20 observations, la guérison est survenue ; 3 fois seulement (observations 23 et 26), la récurrence a été signalée ; dans plusieurs circonstances la lésion était double chez le même individu (observations 2 et 26) ; la récurrence n'était donc pas nécessaire pour établir la prédisposition spéciale de ces malades à la production des abcès froids.

Le chiffre élevé des guérisons montre l'efficacité du traitement, mais ce dernier, malgré son peu de complexité, renferme encore différents facteurs. Ces effets sont-ils dûs à l'iodoforme lui-même ou à d'autres causes reléguées par nous sur un plan secondaire, comme la ponction, le pansement, l'éther, par exemple ?

1. *Ponction.* — C'était un mode de traitement des abcès froids, alors qu'on ne connaissait pas encore la vraie nature de ceux-ci ; on aurait constaté sous son influence quelques guérisons certaines ; l'expectation aussi fournit un chiffre de résultats heureux qui n'est pas à dédaigner. L'abcès vidé, le pus se reforme ; évacué encore, il apparaît de nouveau mais en plus grande quantité et plus rapidement. Il en résulte de nombreuses causes de débilitation pour le malade, et rarement une terminaison heureuse.

(1) Forget. Thèse de Paris, 1884.

La ponction employée seule agit tout à fait en sens inverse de l'iodoforme. La preuve manifeste de son influence nous est fournie par l'observation I de M. le professeur Gross, où deux ponctions simples précédèrent les ponctions suivies d'injections ; le résultat des premières fut nul.

2. *Excipient de l'iodoforme.* — On emploie l'éther et la glycérine, soit seule soit avec de l'huile.

Quelle action peut avoir la glycérine ou l'huile dans le cas particulier ? Elle ne peut qu'être bien faible. Quant à l'éther, malgré ses propriétés excitantes locales ou générales, on me permettra de le mettre après l'acide salicylique, même l'acide phénique dont les propriétés antituberculeuses sont l'objet d'un doute sérieux (1).

3. *Pansement.* — Après l'injection, il est d'usage d'employer un pansement légèrement compressif ; cette action toute mécanique, ne peut guère rendre compte de la diminution des globules purulents ; elle aurait plutôt pour résultat d'amener une concentration du pus, par suite, une augmentation relative des leucocytes. Dans la méthode expectante, c'est un moyen local employé ; dans ces circonstances, si la guérison se produisait, on n'en attribuerait guère le mérite à la simple compression.

Les nombreuses guérisons que j'ai relatées s'étant accomplies après l'injection de l'iodoforme et ne pouvant être attribuées à aucun autre agent, il est permis de regarder cet iodoforme comme la cause de la guérison.

Il nous resterait à examiner la façon dont il peut modifier la lésion organique, mais c'est une question assez importante pour en faire l'objet d'un chapitre spécial.

(1) Parrot. Revue de médecine, octobre 1883.

B. Amélioration.

Dans quatre cas dont trois de Verneuil, (observations 20, 21, 22, 23), l'abcès n'a pas disparu complètement, le pus continuait à s'écouler au moment où on a perdu les malades de vue.

Dans les deux premières (observations 20, 21), nous voyons la collection purulente être manifestement influencée par l'injection d'iodoforme ; les changements survenus ne peuvent être mis sur le compte d'aucune autre cause, une guérison spontanée aurait exigé un plus long espace de temps.

L'observation 23 nous montre une fois de plus l'influence de l'état général sur l'affection locale.

Quel que soit le mode d'action de l'iodoforme, qu'il s'attaque aux tubercules mêmes ou à la diathèse qui les produit, son influence se manifeste d'autant moins que la diathèse est plus vivace.

Le nombre des cas d'amélioration comparé à celui des guérisons, est relativement minime. Au contraire, dans les cas d'ablation complète des abcès froids, le chiffre des guérisons est moindre et celui des simples améliorations plus considérable.

Sur 25 abcès froids traités chirurgicalement, Socin a eu par exemple, 16 cas où la fistule a persisté ; sur 11 abcès du bassin, 4 cas ; 3 abcès sternaux ont été trois cas d'amélioration.

Ce nombre peu considérable des améliorations fournies par le traitement à l'iodoforme ne fait qu'en montrer la valeur ; il aurait peut-être encore été moindre, si dans ces derniers cas, le désir du malade de sortir de l'hôpital ou l'impatience du chirurgien à publier les faits n'avaient forcé à noter de simples améliorations.

C. Insuccès.

Nous en avons peu à signaler, deux seulement (observations 24 et 25.)

Le malade de Billroth (observation 24) était un homme de 60 ans, atteint depuis trois ans d'affections scrofuleuses ; jusque là sa santé avait été bonne. Il présentait à la région lombaire deux abcès gros comme le poing, prêts à s'ouvrir. L'état général était très-mauvais. Une ponction faite le 28 octobre 1882 fut suivie de l'ouverture spontanée le 7 novembre suivant. Le malade qui, malgré son état déplorable, avait demandé à retourner chez lui, y succomba à une dégénérescence amyloïde des viscères.

La constitution était affaiblie par l'âge et la maladie : qu'attendre alors d'un médicament dont l'effet est proportionnel au degré de réaction de l'organisme ?

Il est digne de remarque cependant que l'intervention a été comme toujours, d'une bénignité exceptionnelle ; l'ouverture spontanée, prête à se faire, n'a eu lieu que huit jours plus tard ; Il n'y a pas eu plus d'accidents généraux que d'accidents locaux.

La seconde observation, celle de Verneuil, a un caractère différent. Il s'agit d'un homme de 26 ans, atteint d'un double abcès froid. Depuis plusieurs jours, il avait à l'hôpital de l'hyperthermie (37,5 à 39,5), lorsque la ponction et l'injection furent faites le 17 juin 1884.

L'abcès ponctionné s'est reproduit et s'est ensuite ouvert spontanément dans la nuit du 19 au 20. A partir de cette date, les faits ne sont plus relatés. Doit-on dire qu'il y a eu ici, un insuccès, je ne le pense pas. L'étude, que nous avons

faite dans un des paragraphes précédents, nous montre que jamais la guérison ne s'est effectuée dans un délai aussi court ; même, l'ouverture spontanée après la ponction était loin d'amener nécessairement un insuccès thérapeutique. Cette observation intéressante par la chute de la température qui a suivi l'injection, ne signifie plus rien pour l'appréciation du traitement ; aussi la laisserons-nous de côté ; on peut dire que le résultat thérapeutique est resté in connu.

L'observation de Billroth nous montre donc combien est difficile la guérison, chez un individu arrivé au dernier degré de la cachexie. Est-ce la seule circonstance où l'insuccès doive se faire attendre ? Bien que nous n'ayons pas de fait à l'appui de ce qui va suivre, on nous permettra les quelques considérations suivantes.

Si le tissu osseux nécrosé fait partie des parois de la poche, la guérison sera plus difficile, sinon impossible. Sous ce rapport, les abcès ossifluents constituent, dans la classe des abcès froids un groupe caractérisé pour sa résistance à tous nos moyens thérapeutiques et cela à cause de la lésion osseuse. Ce n'est pas spécial aux abcès froids, ainsi que l'a indiqué M. le Professeur Gross à la Société de médecine de Nancy. Quand les affections articulaires sont compliquées de carie, de nécrose, etc, ou qu'elles dépendent d'un état diathésique, la tuberculose, l'emploi de l'iodoforme demeure sans résultat (1).

Que la guérison soit absolument impossible, je ne le prétendrai pas ; quelques observations de Billroth, que nous avons reproduites, tendraient, au contraire, à établir cette possibilité au moins dans les abcès non ouverts.

(1) Gross. Revue médicale de l'Est. Société de médecine de Nancy, séance du 10 janvier 1883.

D. Récidive.

Un malade a été guéri d'un abcès froid ; la guérison a du reste été facile, lorsqu'après un temps indéterminé, mais en général assez long, apparaît au même endroit un nouvel abcès.

C'est le seul genre de récurrence que nous ayons à examiner.

Une observation de Billroth (observation 26) en fournit une double preuve.

Un enfant de 13 ans, d'une constitution délicate avait eu deux abcès qui furent guéris. Tout semblait disparu depuis un an quand ils se montrèrent de nouveau au même endroit et ne tardèrent pas à acquérir un volume considérable.

Le laps de temps n'a pas, du reste été aussi considérable dans l'observation 2 (de M. le Professeur Gross); chez celle-ci c'est au bout d'un mois environ que la collection purulente s'est reproduite. Une nouvelle injection fut faite il y a quinze jours, mais depuis, l'abcès, rempli à nouveau de glycérolé d'iodoforme, manifeste une tendance à la résolution.

Dans l'obs. 3, la récurrence eut lieu deux mois après la guérison.

Il n'est pas nécessaire qu'il soit resté des tubercules ; les régions qui ont été l'objet d'une première atteinte, constituent sans doute un *locus minoris resistentiæ*. Notons que dans l'obs. 26 le jeune malade était cachectique.

Le nombre des récurrences serait sans doute plus élevé si on ne perdait pas les malades de vue ; aussi après la guérison d'un abcès froid est-il indiqué d'insister sur le traitement général qui a pour but alors de prévenir de nouvelles manifestations tuberculeuses.

CHAPITRE IV

MODE D'ACTION DE L'ODOFORME SUR LES ABCÈS FROIDS.

L'iodoforme depuis son introduction dans la thérapeutique en 1836 par M. le professeur Bouchardat, à titre de médicament iodique, fut tour à tour utilisé dans les affections les plus différentes. D'abord destiné à l'usage interne, il ne tarda pas à être d'un emploi local et externe ; c'est celui que le temps paraît lui avoir presque exclusivement consacré.

On lui découvre d'abord des propriétés antiseptiques et désinfectantes (Righini d'Allegio, 1853. Deschamp, 1853). Il devient ensuite un sédatif local sous forme de pâte ou associé à l'huile, la glycérine, contre les attaques de goutte, de rhumatisme, contre les névralgies (Humbert et Moretin 1856), contre les douleurs du cancer de l'utérus (D^r Eastlake, Société obstétricale de Londres. 3 janvier 1866).

En 1859, Laillier, le dit cicatrisant, modificateur des plaies et indiqué dans les ulcérations atoniques. Notons que sa solution dans l'éther employée en pulvérisation amenait de grandes améliorations du lupus vorax.

En 1868 le D^r Féréol voit dans l'iodoforme un excitant qui réveille la vitalité des tissus.

Lui reconnaissant les propriétés précédentes et quelques autres encore, Moleschott (1878) en fait presque un remède universel. Bientôt les chirurgiens autrichiens (Mosetig, 1880 ;

Mikulicz 1881, Gussenbauer) viennent corroborer ce qu'on savait des vertus cicatrisantes et antiseptiques de l'iodoforme. Il est dès lors employé dans les plaies fraîches à l'instar du pansement de Lister aussi bien que dans les lésions à marche chronique.

En France, exclu jusqu'alors du pansement habituel des plaies, il ne se montre pas indigne de la confiance nouvelle qu'on lui accorde (Marc Sée, Paris 1881. Krantz, Essai sur l'emploi de l'iodoforme dans les plaies cavitaires, thèse de Nancy, 1882). Le 27 décembre 1882, à la séance de la Société de médecine de Nancy (1), M. le professeur Gross croit pouvoir conclure que pour le pansement des plaies cavitaires, l'iodoforme est indispensable et constitue jusqu'à nouvel ordre le meilleur antiseptique que nous possédions, que, de plus, cet agent est un modificateur très efficace dans un certain nombre d'autres cas encore, notamment les trajets fistuleux anciens.

A côté de ces différentes propriétés antiseptiques, désinfectantes, sédatives de la douleur et excitantes de la vitalité, cicatrisantes des plaies anciennes et nouvelles, des plaies aseptiques et des plaies virulentes, l'iodoforme se montre surtout efficace dans les lésions de nature scrofuleuse ou tuberculeuse; (voir le travail de M. le professeur Rohmer dans la Revue de Chirurgie, 1882).

M. Rohmer y cite une méthode de traitement où l'iodoforme se trouve utilisé. « Les abcès froids superficiels, situés dans les différentes régions du corps sont fendus largement, la membrane de revêtement est grattée avec la cuiller tranchante, la cavité tapissée d'une couche d'iodoforme, puis la

(1) Gross. *Revue médicale de l'Est*, 1883.

plaie en partie suturée ; on applique sur le tout un pansement à la gaze iodoformée ; les plus gros abcès seront drainés. » On agit de même et avec un égal succès dans les ganglions scrofulueux suppurés.

Dans cette méthode, malgré la part importante accordée au bistouri et à la curette, un certain rôle thérapeutique revient de droit à l'iodoforme. Si une certaine quantité de substance néoplasique se trouvait enlevée chirurgicalement, l'iodoforme avait la mission de neutraliser le reste.

Au congrès des chirurgiens allemands (avril 1881), Mikulicz cite des cas de tuberculose des os et des articulations traités et guéris par l'iodoforme. Depuis trois mois, dit-il, cet agent est employé dans le service du professeur Billroth, qui lui reconnaît des propriétés antiseptiques, non irritantes. Usité sous toutes les formes, gaze, crayon, en suspension dans la gomme, en solution dans l'éther, il a une action spéciale, merveilleuse presque, sur les granulations tuberculeuses ; en tout, douze cas de tuberculose *osseuse*, guéris de cette manière (1).

Une guérison remarquable, c'est celle d'une tumeur blanche de l'articulation du pied, par l'injection d'une solution éthérée d'iodoforme dans l'articulation même ; guérison d'un lupus par application d'iodoforme (1).

Gussenbàuer (de Prague) vante aussi, dans la même séance, les avantages de l'iodoforme, préférable, dit-il, au pansement de Lister pour les opérations entreprises dans les cas de lésions tuberculeuses. Sous son influence, les granulations cessent d'être fongueuses. Il y eut, il est vrai, quelques signes d'intoxication dans un cas où l'on avait employé 200 grammes de cette substance.

Sur 19 grandes résections, il a eu 7 guérisons définitives (1).

1) Berliner klinische Wochenschrift, 1881, n° 49.

Moske de Stettin (1) fait un travail sur la tuberculose des synoviales et son pansement à l'iodoforme et cite à l'appui de ses idées deux arthrotomies guéries de cette manière.

Dans les comptes-rendus de la séance de la Société de médecine de Nancy (10 janvier 1883) (2), il est dit que d'après les résultats obtenus à sa clinique, M. Gross reconnaît dans l'iodoforme un modificateur efficace de toutes les fongosités périarticulaires accompagnant les arthrites chroniques et les tumeurs blanches sans lésions osseuses.

Gougenheim (3) cite une tuberculose miliaire subaiguë du pharynx guérie par des applications d'iodoforme. La récidive fut soumise au même traitement et le malade fut complètement guéri.

Le docteur Minich de Venise (4) reconnaît l'influence heureuse de l'iodoforme sur les maladies tuberculeuses des os et des articulations sans cependant vouloir en faire un spécifique.

Marc Sée (5) a guéri une arthrite fongueuse du genou par une injection interstitielle d'iodoforme.

Sormani (6) prescrit l'iodoforme en inhalation, et à l'intérieur, à la dose de 0 gr. 50, contre la tuberculose pulmonaire. L'iodoforme porphyrisé est traversé par un courant d'air de manière à entraîner le médicament dans les bronchioles et à le mettre en contact aussi direct que possible avec les lésions.

(1) Centralblatt für Chirurgie, n° 23.

(2) Gross. Revue médicale de l'Est. Société de médecine de Nancy, séance du 10 janvier 1883.

(3) Union médicale, 1882, II.

(4) Union médicale, 1883 p. 454.

(5) Société de chirurgie, 7 juin 1882.

(6) Annali universali, 1883.

Il en résulte une amélioration générale très prononcée, les lésions sont arrêtées mais il y a des rechutes à craindre car les bacilles, qui seraient la cause des tubercules, résistent très longtemps.

Rummo (1) dissout l'iodoforme dans l'essence de térébenthine dans les proportions de 0 gr. 16 d'iodoforme pour 4 grammes d'essence.

Il a constaté aussi la diminution des symptômes ; les effets curatifs s'expliqueraient par une action anesthésique sur les filets sensitifs du nerf vague, par une action antiseptique et modificatrice locale.

Il est inutile d'insister davantage sur les rapports thérapeutiques établis entre l'iodoforme et les différentes tuberculoses. Ils ont été constatés depuis longtemps et nombreux sont les faits qui les rendent évidents.

L'abcès froid, ainsi que des travaux assez récents l'ont démontré, appartient à cette grande famille des affections tuberculeuses que la thérapeutique (iodoforme) tend à rapprocher aussi bien que l'anatomie pathologique ; n'est-il pas naturel d'expliquer le mode d'action de l'iodoforme sur les abcès froids par la constitution de ces derniers ; l'iodoforme possède une influence toute spéciale dans ces cas, parce qu'il se trouve en présence de tubercules.

Dans le mode de traitement dont nous parlons, l'iodoforme se trouve plus qu'en toute autre occasion, en contact intime avec le tissu pathologique. Quand il s'agit du lupus, déposé d'une façon plus ou moins régulière à la surface, il n'adhère pas au produit morbide ; dans les ténosites, les arthrites fongueuses, à cause de la multiplicité des lésions, à cause

(1) Rivista clin. e terap. juillet 1882.

surtout des productions diverses déposées dans la cavité de l'articulation ou de la gaine, il n'est pas distribué également sur tous les points.

Dans l'abcès froid, il en est tout autrement, ainsi que le prouve une observation de Verneuil. Une injection de 80 gr. de solution d'iodoforme avait été faite dans un diverticule fémoral communiquant avec un genou atteint de tumeur blanche.

« A l'autopsie (1), la collection purulente incisée de haut en bas dans toute son étendue, on vit la cavité toute entière tapissée jusque dans ses moindres infractuosités par une couche ininterrompue d'iodoforme aussi pur, aussi jaune que s'il venait d'être pris dans un bocal. On eût dit qu'on venait de l'étendre avec un pinceau ou si l'on veut une comparaison plus exacte, l'enduit représentait cette couche métallique mince qui se dépose dans les opérations de galvanoplastie. » Ce dépôt, dit M. Verneuil, se forme à la surface de la poche purulente après la disparition de l'éther ; celui-ci étant volatilisé, le corps dissous se précipite. Si le véhicule était la glycérine, le dépôt ne se ferait évidemment qu'avec plus de facilité.

Les rapports de l'iodoforme et des différentes parties de l'abcès étant connus, comment expliquer l'effet curatif ? Le médicament peut agir sur la lésion même, action locale, ou bien par lui-même ou ses dérivés il va influencer tout l'organisme, action générale. Quelle est la plus probable ? Existentes toutes deux ?

Quant à l'action locale, elle s'expliquerait soit par les différentes propriétés de l'iodoforme (sédatives, cicatrisantes,

(1) Revue de Chirurgie, 10 mai 1885.

antiseptiques..., etc.), soit par des propriétés particulières, ne dérivant pas des précédentes, spécifiques en un mot.

L'iodoforme injecté dans la cavité de l'abcès se trouve donc en contact aussi intime que possible avec ses différents éléments ; après un temps variable, ses dérivés apparaissent dans les sécrétions (iodures et composés organiques) ; nous allons rapidement passer en revue les effets produits.

A. Action locale.

1. *Liquide de l'abcès.* — Dès la première injection, les globules sont modifiés ; ils sont remplacés généralement par des débris cellulaires informes et des granulations graisseuses (Verneuil) ; fait plus important, il résulterait des expériences faites sur des cobayes par le docteur Chantemesse (1) que l'injection iodoformée détruit la spécificité du pus, ce qui confirme les vues théoriques et les recherches suivantes.

2. *Tubercules.* — Pour Emile Marchand (2), les applications d'iodoforme empêchent la production d'un élément important des tubercules, la cellule géante. Cet auteur provoquait artificiellement la formation de ces produits pathologiques par l'introduction de corps étrangers dans les séreuses. Ainsi s'expliquerait l'action merveilleuse de l'iodoforme sur le tubercule. Il résulte en effet des expériences de Parrot (3) que des substances, comme l'acide salicylique, le sublimé, l'acide phénique, la créosote, l'eau bromée et l'eau oxygénée, pour-

(1) Revue de Chirurgie, 1885, p. 435.

(2) Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. 1883. Band XCIII. Heft 3. p. 518.

(3) Revue de Médecine. — Octobre 1883.

vues de propriétés excitantes, cicatrisantes, antiseptiques, etc..., aussi prononcées que celles de l'iodoforme, n'ont aucune action sur le tubercule. Outre ses propriétés ordinaires, cet agent, dans le cas particulier, agirait donc à la façon d'un spécifique.

3. *Bacilles*. — Quelle serait son action sur les bacilles ? Il est probable que ces organismes inférieurs seraient tués par l'iodoforme. Il n'y a pas d'expériences, autant que je sache, où des bacilles isolés aient été mis en contact direct avec cet agent thérapeutique et rien qu'avec lui.

B. Action générale.

Déjà reconnue par Righini, elle sert de base au traitement de la tuberculose pulmonaire d'après la méthode de Sormani et de Rummo.

Dans un chapitre précédent, nous avons parlé des symptômes généraux de l'intoxication ; avant d'arriver à cette période, on a d'autres phénomènes qu'on peut qualifier de physiologiques, car ils n'offrent rien de fâcheux ; observés surtout par les auteurs italiens, ils consistent dans une augmentation de la vitalité. Les malades accusent un grand sentiment de bien-être (Obs. 5) ; ils ont un meilleur aspect, des couleurs plus fraîches, un regard plus vif ; sous l'influence d'une nutrition plus parfaite, l'amaigrissement s'arrête ; il y a bientôt une augmentation de poids.

Il y a loin de ces symptômes à ceux fournis par l'usage de l'iode ou des iodures qui amènent des inflammations épithéliales (corysa, angine, exanthèmes) et en même temps de l'amaigrissement et une diminution de la couche graisseuse sous-cutanée.

De ces faits nous concluons que l'action générale de ce médicament ne s'explique pas par les iodures, ses dérivés. En même temps que ceux-ci, il se forme des composés organiques (combinaison de l'iode naissant avec des albumines?) qui tiendraient compte des symptômes précédents, l'iodoforme lui-même insoluble dans l'eau, ne pouvant les déterminer.

Nous avons vu les composés organiques apparaître dans l'urine, lors des empoisonnements ; lorsque leur quantité serait minime, l'équilibre de l'organisme n'en serait pas troublé ; ce serait une simple question de dose.

Quelle que soit du reste le mécanisme de cette action générale, celle-ci existe d'une façon certaine ; si, grâce à son influence, Righini, Rummo, Sormani, ont vu dans la tuberculose pulmonaire les phénomènes, soit locaux, soit autres, s'amender, les mêmes résultats doivent avoir lieu pour les abcès tuberculeux. Ainsi, en résumé, dans ces cas spéciaux, non-seulement l'iodoforme modifie directement le tuberculôme, mais absorbé à faible dose, il peut améliorer la constitution, circonstance favorable pour une guérison complète.



CHAPITRE V

INDICATIONS & CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS

PAR L'IODOFORME.

L'iodoforme, avons-nous vu, amène la guérison des différentes manifestations tuberculeuses, il convient à leurs différentes périodes ; mais sous forme de solution ou d'émulsion, peut-on l'employer à toutes les phases de l'abcès froid ?

Le tuberculôme, tout d'abord, constitué qu'il est par des unités néoplasiques à la période de crudité, forme une tumeur dure, de consistance homogène, l'élément liquide n'entrant pas encore dans sa composition. Cette première phase ne doit pas nous occuper.

Plus tard, les tubercules se sont ramollis au centre de la tumeur ; l'abcès froid est formé et se développe peu à peu ; c'est le moment le plus favorable pour l'intervention.

Enfin les téguments envahis à leur tour ne tardent pas à céder ; ils s'ulcèrent et le contenu de la poche peut s'écouler librement à l'extérieur. L'abcès se trouve dès lors dans des conditions de vitalité différentes ; il communique avec l'air ; son ouverture récente, entourée elle-même de téguments presque mortifiés, laisserait s'échapper au dehors le liquide modificateur que l'on injecterait ; les parois désormais incomplètes ne pourraient plus revenir sur elles-mêmes et amener

l'effacement de la cavité ; d'où, impossibilité d'atteindre le but que l'on se propose, c'est-à-dire, imiter les guérisons naturelles où l'on voit l'abcès se résoudre et disparaître plus ou moins complètement.

Du reste, après l'ouverture spontanée, le traitement que nous avons décrit, n'est pas, à vrai dire, contre-indiqué ; il est en réalité tout simplement devenu impossible.

Lorsque les téguments sont tendus, avec coloration violacée, qu'ils sont considérablement amincis, doit-on agir ? Il semblerait *a priori* que la moindre intervention chirurgicale sur ces tissus à vitalité si faible devrait fatalement causer la perforation de la peau.

Dans deux cas (obs. 9 et 25) où la peau offrait ces caractères, il y eut un résultat différent ; dans le premier, la ponction n'a pas déterminé l'ouverture qui a eu lieu dans le second ; l'état général n'était peut-être pas étranger à cette marche opposée.

Le traitement par les injections d'iodoforme est applicable même lorsque l'abcès menace de s'ouvrir ; chez les personnes débilitées, on peut aboutir à un insuccès, mais la bénignité du traitement permet d'en courir les risques.

Les abcès froids ne diffèrent pas seulement les uns des autres par leur âge, mais ils affectent encore des dimensions diverses, des sièges variés et des origines différentes. Nous devons, dans le chapitre qui nous occupe, passer en revue chacun de ces caractères.

Dimension. — Depuis la petite gomme bien isolée dans le tissu cellulaire, jusqu'au vaste abcès ossifluent, qui part de la colonne vertébrale et gagne les membres inférieurs en jetant sur son trajet des diverticules irréguliers, il y a tous les intermédiaires. Ces variétés multiples, comme le prouvent

les observations, sont justiciables de l'iodoforme. Il y a plus ; lorsque la cavité de l'abcès devient considérable, lorsque, par conséquent, les organes voisins sont refoulés et infiltrés par l'élément néoplasique et cela sur une large surface, une intervention radicale aboutirait à de vastes délabrements, exposerait le malade à tous les risques d'un grand traumatisme opératoire sans peut-être lui épargner une récurrence ; dans ces circonstances, l'iodoforme, dont nous avons vu l'efficacité, devient encore une ressource précieuse.

Siège. — Que dire pour l'abcès par gestion qui a son origine dans les profondeurs de l'organisme ?

Les affections de ce dernier groupe sont déclarées inopérables par la plupart des chirurgiens.

Origine. — Il est vrai que s'il y a une séquestre qui entretient la suppuration, l'iodoforme ne peut qu'en favoriser la résorption. Il ne faut pas demander toutefois à cette méthode thérapeutique plus qu'elle ne peut donner.

Malheureusement les résultats favorables ne constituent pas la règle et les abcès ossifluents sont ceux qui présentent les plus grandes difficultés thérapeutiques.

En résumé, appartiennent à la méthode de traitement par l'iodoforme ces abcès froids d'un volume considérable et d'un siège profond, caractères qui contre-indiquent un curage, à plus forte raison une extirpation complète.

Ne semblent pas contre-indiqués d'une façon absolue les cas où l'ouverture spontanée ne doit pas tarder à se faire.

Il est bon de faire des réserves, s'il s'agit d'un abcès ossifluent.

Les limites de ce traitement étant déterminées, il reste encore dans la thérapeutique des abcès froids des conditions nombreuses où l'habileté opératoire pourra se donner libre

carrière ; ce que nous accordons à une méthode, qui est plutôt du ressort de la médecine, diminue de fort peu le domaine de la chirurgie sanglante. Ce n'est pas un motif de regrets, s'il est vrai que les guérisons obtenues sans le bistouri, grâce aux forces de la nature, secondées par l'action médicamenteuse, constituent un progrès.



CONCLUSIONS

I. — Le traitement des abcès froids par l'iodoforme est très simple et par conséquent très facile à appliquer.

II. — Les suites sont bénignes ; les phénomènes toxiques seuls à craindre, peuvent être prévenus.

III. — Le nombre considérable des guérisons montre l'efficacité du traitement.

IV. — Les résultats obtenus s'expliqueraient par une action locale de nature spécifique et peut-être par une certaine action générale.

V. — Le traitement est indiqué surtout pour les abcès des parties molles non ouverts ; le succès est d'autant plus assuré que l'ouverture naturelle est moins imminente.

Il constitue une ressource précieuse pour les abcès froids, où l'intervention chirurgicale est contre-indiquée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LANNELONGUE. — Abscess froids et tuberculose osseuse, 1881.

NÉLATON. — Des tubercules au point de vue chirurgical. Thèse d'agrégation, 1883.

LACHARRIÈRE. — Essai sur le traitement des abscess par congestion d'origine vertébrale. Thèse de Paris, 1883.

FORGET. — Guérison spontanée des abscess froids. Paris, thèse, juillet 1884.

COUDRAY. — Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. Thèse, Paris, 1884.

CAZIN. — Société de Chirurgie. Séance du 13 février 1884.

ROHMER. — Du pansement par l'iodoforme. Revue de Chirurgie, 1882.

GROSS. — Propriétés de l'iodoforme. Revue méd. de l'Est, Nancy, 1883, n° 15.

KRANTZ. — Essai sur l'emploi de l'iodoforme dans les plaies cavitaires. Thèse, Nancy, 1882.

BILLROTH. — Wiener med. Wochenschrift, nos 26, 27, 28.

MATTEI. — Traitement des abscess froids par l'injection d'iodoforme en solution dans l'éther. Thèse, Paris, 1884.

VERNEUIL. — Injection d'éther iodoformé dans les abscess froids. Revue de chirurgie, 1885.

CAZIN (de Berek), BOUILLY, HOUZEL, TRELAT, POZZI, SOCIN, VERNEUIL, OLLIER ; Congrès français de Chirurgie (Rev. de Chirurgie, 1885, p. 404.)

OBSERVATIONS

Observation I, inédite, recueillie dans le service de M. le Professeur Gross, par M. Knepfiler, interne. — Abscess par congestion de la région dorso-lombaire. — Traitement par les injections d'iodoforme. — Guérison.

A. Jacob, 24 ans, tonnelier, de Geudertheim près Strasbourg, entre dans le service de M. Gross, le 10 octobre 1884.

Constitution affaiblie; tempérament lymphatique.

Dit être ordinairement bien portant. Aurait eu la rougeole en 1870. S'enrhume facilement. Jamais d'hémoptysies. Parents bien portants. Frères et sœurs également en bonne santé.

Il y a deux ans, chute sur l'épaule droite et à la suite, douleur à la colonne vertébrale, au milieu du dos, pendant 4 ou 5 mois. Le malade n'y fit pas autrement attention et continua à travailler sans changement dans sa santé générale.

Un an après, au mois de juillet 1884, la douleur du dos reparut, persistant quand le malade était couché. A travaillé jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital. Il s'était formé vers le mois de juillet, à la partie inférieure de la région dorsale gauche une tumeur molle, indolente.

Dès son entrée à l'hôpital, on reconnaît l'existence d'une collection purulente à la partie inférieure de la région dorsale gauche. Un peu d'endolorissement vers le rachis; saillie des apophyses épineuses des 6^e et 7^e vertèbres dorsales. Toux habituelle, surtout pendant la nuit et s'accompagnant vers le matin d'un léger état dyspnéique. Diminution de la sonorité et du bruit vésiculaire en arrière, à droite. Pas de fièvre. Pourtant quelques sueurs nocturnes. Appétit conservé. Pas de diarrhée habituelle. Pas de troubles du système nerveux.

Huit jours après son entrée, on pratique la ponction aspiratrice de l'abcès.

Une seconde ponction fut pratiquée environ un mois et demi plus tard et donna issue à un verre de pus. La collection se reforme encore une fois, mais elle s'est déplacée ; elle siège plus particulièrement dans la région dorso-lombaire.

Une troisième ponction fut pratiquée le 28 décembre et cette fois, avec injection consécutive dans le foyer de 37 gr. de glycérine iodoformée (formule Billroth).

Vers ce moment, en auscultant et en percutant le malade, en arrière on trouva de la submatité à la base gauche, de la matité à la droite, remontant jusqu'à un peu au-dessus de la pointe de l'omoplate droite et dont la limite supérieure sur la ligne médiane correspondait à la saillie vertébrale.

Cette saillie est surtout marquée au niveau de la 7^e vertèbre dorsale ; mais la 6^e est aussi plus proéminente que normalement. Ces vertèbres sont peu douloureuses à la pression.

La respiration est rude en arrière et à droite dans toute la fosse sous-épineuse droite, souffle tubaire dans les deux tiers inférieurs et en dehors vers le creux axillaire. Gros craquements à la fin de l'inspiration ; retentissement de la voix et de la toux dans la fosse sous-épineuse. Egophonie au niveau de la limite de la matité. Expectoration muco-purulente abondante. On pratique des badigeonnages avec la teinture d'iode à la base droite mais sans aucun changement dans les symptômes constatés.

10 janvier 1885. — Les signes stéthoscopiques sont les mêmes ; il s'y est ajouté de la matité dans les trois derniers espaces du côté gauche.

L'abcès s'est reproduit mais n'est pas plus considérable qu'auparavant ; il est peu saillant, sans changement de couleur à la peau ni de douleur à la pression. Fluctuation manifeste sur une étendue comme la paume de la main, et paraissant superficielle.

13 janvier. — On pratique pour la quatrième fois la ponction aspiratrice de l'abcès ; il sort les deux tiers d'un verre de pus jaunâtre, visqueux. Il n'a pas l'odeur de l'iodoforme. Par le trocart qui a servi à l'aspiration, on injecte à l'aide d'une seringue une quantité de glycérolé d'iodoforme à peu près égale à celle du pus qu'on a évacué. Pansement occlusif avec de la ouate collodionée.

19 janvier. — Se plaint de douleurs au niveau de la base droite du thorax. Pas de modifications des signes stéthoscopiques. Rien dans les parois.

26 janvier. — Très léger œdème périmalléolaire surtout le soir ; albumine dans les urines. Se plaint d'une légère douleur au niveau de son abcès. Celui-ci est peu tuméfié et s'est à peine reformé. On ne sent de fluctuation que dans une zone très limitée.

6 février. — L'abcès ne s'est pas reproduit depuis la dernière injection de glycérolé d'iodoforme ; au contraire, la tuméfaction et la fluctuation, déjà notée il y a quelques jours encore, ont totalement disparu. L'abcès est guéri.

16 février. — L'expectoration est très-abondante, muco-purulente. Le malade a trouvé dans ses crachats une petite parcelle osseuse de la grosseur d'une tête d'épingle.

26 février. — Rien de nouveau ; à l'auscultation toujours même état.

10 mars. — Sorti. L'abcès ne s'est pas reproduit.

Juillet. — Le malade s'est représenté au service depuis ; la déformation semble augmenter ; l'état de la poitrine reste absolument stationnaire. L'abcès ne s'est pas reproduit depuis la dernière injection iodoformée (13 janvier).

Fin juillet. — Même état.

Observation II, inédite, recueillie dans le service de M. le professeur Gross par l'interne, M. Knœpfler. — Carie costale. — Abcès froid de la région fessière (6 mois) ouvert au bistouri mais ouverture fermée spontanément (au bout de quelques jours). — Quatre ponctions suivies d'injection de glycérine iodoformée. — Récidive. — Iode dans urines pendant 13 jours après la dernière injection.

R. Auguste, 28 ans, boulanger, de Ventron (Vosges) entre le 24 février à l'hôpital de Nancy, service de M. Gross.

Pneumonie en 1878 ayant déterminé un arrêt de travail de 19 jours ; — jamais d'autres maladies — bonne santé habituelle.

Il y a un an et demi en changeant d'épaule un sac de farine, ressentit une douleur vive à la partie inférieure et postérieure du thorax du côté gauche. A l'endroit douloureux, se développa, petit à petit, une tuméfaction qui acquit en quatre mois le volume d'une grosse noix et

en huit mois celui des deux poings. Le malade continuait son travail et n'était gêné que pour se coucher. Il ne ressentait du reste aucune douleur et l'état général n'était pas modifié. Un médecin ouvrit l'abcès au bout de huit mois et il sortit une grande quantité de pus séreux, jaunâtre. On place d'abord des drains puis un séton dont les ouvertures se sont oblitérées il y a deux mois. Jusqu'à ce moment, malgré la cautérisation des parois au nitrate d'argent et à la teinture d'iode, il s'écoulait toujours du pus. Une des ouvertures est encore fistuleuse et continue à donner un écoulement de liquide en assez grande quantité. Le malade se panse avec de la glycérine phéniquée.

Un second abcès aurait existé au niveau de la fesse depuis le mois d'août dernier. Il fut ouvert d'un coup de lancette vers le mois de novembre et il sortit du pus mélangé de sang. L'ouverture se referma au bout de quelques jours et ne s'est plus rouverte depuis.

Etat actuel. — Constitution moyenne ; légèrement affaiblie. Sur la paroi latérale gauche de la partie inférieure du thorax, existent deux cicatrices déprimées en cul de poule. La première située au niveau de la 9^e côte a le diamètre d'une pièce d'un franc. Le fond présente une petite ouverture fistuleuse d'où s'écoule continuellement du pus ; jamais il n'est sorti de fragment d'os. Le stylet introduit dans la fistule ne tombe pas sur une surface osseuse dénudée. La pression n'est pas douloureuse autour de cette cicatrice. La deuxième, également déprimée est actuellement oblitérée. Elle est située un peu au-dessous et en avant de la précédente sur la région latérale gauche du thorax. Rien de particulier à l'examen des organes thoraciques.

A la partie supérieure de la fesse gauche existe une tuméfaction comme le poing, molle, légèrement fluctuante, pas douloureuse ; peau saine présentant les traces d'une ouverture ; la tumeur paraît sous-musculaire.

Pas de douleur ni de déviation à la région rachidienne.

Diagnostic. — Abcès froid des parois thoraciques. Abcès froid de la région fessière.

26 février. — On ponctionne l'abcès de la fesse avec le gros trocart de l'aspirateur Potain. On retire à l'aide de cet appareil un verre de pus un peu liquide. On injecte 30 gr. de glycérolé d'iodoforme (10/100) dans la cavité et on ferme avec ouate collodionée.

2 mars. La collection au niveau de la fesse gauche s'est reproduite. Crayons d'iodoforme dans les fistules du thorax.

7 mars. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque du côté gauche, douleur spontanée augmentée par la pression à ce niveau ainsi que par les pressions et les tractions exercées au niveau de la symphyse du pubis du même côté.

Crayons d'iodoforme dans les fistules. Deuxième ponction de l'abcès de la fesse ; injection de 30 gr. de glycérolé d'iodoforme. Pointes de feu au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

17 mars. Pointes de feu.

19 mars. id.

22 mars. id.

24 mars. id.

25 mars. Il existe au niveau de la partie postérieure du sacrum du côté gauche une zone qui donne une sensation très limitée de fluctuation. La douleur persiste à l'articulation sacro-iliaque du même côté.

27 mars. La fistule inférieure de la paroi thoracique s'est rouverte et laisse couler un peu de pus. On plonge dans la fistule le thermocautère.

28 mars. Seconde ponction aspiratrice au niveau de l'abcès de la région fessière. Il s'écoule 1/4 de verre d'un liquide filant légèrement coloré en jaune, et quelques gouttes de pus. Injection d'environ 25 gr. de glycérolé d'iodoforme.

1 avril. Il existe à la partie supérieure de la fistule thoracique un décollement dans lequel le stylet pénètre sur une longueur de 6 centim. et au fond duquel il tombe sur une surface costale nécrosée paraissant appartenir à la 8^e côte. Pointes de feu.

9 avril. On pratique une nouvelle ponction aspiratrice de l'abcès de la fesse et on injecte 30 gr. de glycérolé d'iodoforme. L'abcès ne se reproduit pas. Le diagnostic d'ostéo-périostite costale avec dénudation est confirmé.

23 avril. On pratique la résection de la portion de côte dénudée. Chloroformisation. Précautions antiseptiques ordinaires. Introduction d'une sonde cannelée jusque sur la côte nécrosée. Incision parallèle à la direction de la 8^e côte pratiquée au bistouri sur une longueur d'environ 10 centim. à environ 2 centim. au-dessus de la fistule. Pour fa-

ciliter la mise à nu de la côte malade, on pratique à chaque extrémité de l'incision, deux petites incisions verticales libératrices ; ce qui permet de disséquer et de relever de bas en haut un lambeau musculo-cutané ; on découvre la 8^e côte dénudée de son périoste. Son extraction est aussitôt décidée. A cet effet, M. le professeur Gross isole la face interne de la côte avec la rugine d'Ollier et sectionne l'os en avant et en arrière de la partie malade.

Raclage du trajet de la fistule avec la curette de Volkmann. On place deux drains ; l'un passant par la fistule, l'autre parallèle au segment costal enlevé. Sutures au fil d'argent. Pansement de Lister.

26 avril. Apyrexie absolue depuis l'opération. Le malade n'accuse qu'une légère sensation de tension au point opéré. A eu des vomissements dans la nuit qui a suivi l'opération et le lendemain.

27 avril. Pansement. Bon état local. Apyrexie.

2 mai. Pansement. Le malade a de la diarrhée depuis quelques jours. Potion avec extrait thébaïque 0 gr. 05.

5 mai. La diarrhée persiste ; bon état général et local.

6 mai. On renouvelle le pansement, le malade ayant une tendance à l'élévation de température. La plaie est cicatrisée, les drains chassés hors de leur trajet. On n'en rétablit qu'un seul ; la diarrhée a été arrêtée.

11 mai. Il existe un nouvel abcès du côté gauche de la région sacrée.

15 mai. La plaie est cicatrisée sauf au niveau du drain qui a donné peu de pus. Pansement.

28 mai. Récidive de l'abcès à la région fessière du côté gauche. Ponction aspiratrice et injection de glycérolé d'iodoforme.

2 juin. Renouvellement du pansement.

8 juin. Pansement.

10 juin. L'abcès qu'on a ponctionné en dernier lieu ne s'est pas reproduit.

16 juin. Le malade présente toujours un léger état fébrile. Ne tousse ni ne crache et ne se plaint de rien.

9 juillet. Pansement ; les fistules se rouvrent au niveau de la plaie opératoire ; crayons iodoformés. L'abcès fessier se reforme.

11 juillet. On fait une injection de glycérolé d'amidon après ponction aspiratrice de l'abcès qui s'est reformé à la région fessière.

17 juillet. L'iode cherché *directement* dans les urines est décelé par les réactifs.

20 juillet. Iode se trouve dans les urines.

24 juillet. Dans les urines du 22 au 23 se trouve toujours décelé l'iode cherché *directement* (Dr Garnier). L'abcès ne semble pas se reproduire ; les fistules thoraciques coulent de nouveau abondamment. Des phénomènes pulmonaires apparaissent, submatité et rudesse expiratoire au sommet droit.

Observation III (Communiquée par M. le professeur Gross).

Le nommé L... Alphonse, de Pont-Saint-Vincent, âgé de 9 ans, est entré à l'hôpital Saint-Léon dans le courant du mois de juin 1883.

Enfant pâle, amaigri, lymphatique. Antécédents héréditaires incomplètement connus ; grand-père paternel mort jeune d'une maladie inconnue ; les autres parents actuellement en vie sont bien portants. Habitait dans un rez-de-chaussée bas et assez humide ; autres conditions hygiéniques peu satisfaisantes.

Claudication légère depuis six mois ; endolorissement de la hanche.

A son entrée à l'hôpital Saint-Léon, on constate tous les symptômes d'une coxalgie gauche ; membre inférieur gauche en apparence raccourci, amaigri, ainsi que le droit ; mouvements de l'articulation coxo-fémorale nuls ; articulation fixe avec flexion et adduction de la cuisse sur le bassin ; douleur à la pression au niveau de l'articulation et du grand trochanter ; léger empâtement périarticulaire ; pas d'abcès.

Etat général peu satisfaisant.

Traitement général par les toniques.

Traitement local consiste en tractions continues et application de révulsifs au niveau de l'articulation malade.

Au bout de trois semaines, application d'un appareil inamovible ; ce dernier traitement est continué à domicile pendant quatre mois.

Après ce temps (novembre 1883) l'enfant revient à Nancy, à l'hôpital civil. On constate peu de changement, soit du côté de l'état général, soit du côté de l'état local ; un nouveau traitement par les tractions

est tenté pour corriger l'attitude vicieuse du membre ; après un mois, on revient aux appareils inamovibles, et l'enfant rentre de nouveau chez ses parents. .

Fin juillet 1884. Revient dans le service de M. le professeur Gross. A cette époque, on constate l'existence d'une tuméfaction assez circonscrite à la partie antérieure de la région articulaire, au-dessous du pli de l'aîne. Peu à peu, les symptômes d'une collection purulente s'accroissent ; une ponction proposée est d'abord refusée, et l'enfant rentre de nouveau chez ses parents, où il n'est soumis à aucun traitement local.

Mars 1885. L'enfant revient à Nancy et les parents se décident à laisser faire une ponction ; à cette époque, ponction avec aspiration d'environ 250 grammes de pus ; injection des 2/3 d'une seringue de glycérine iodoformée. La collection se reproduit une première fois, et huit jours plus tard, seconde ponction suivie d'injection.

Trois semaines après (*avril 1885*), l'abcès s'est reformé ; troisième ponction et injection.

La tuméfaction ne s'est pas reproduite ; tout porte à croire à une guérison de la collection purulente, et l'enfant rentre dans sa famille.

Nous avons appris récemment que la guérison s'était maintenue pendant deux mois, et qu'à la fin de juin 1885, une nouvelle ponction fut pratiquée à domicile par le médecin traitant ; à la suite de cette dernière opération, une fistule s'établit, qui a persisté jusqu'alors.

Observation IV. — (Billroth, Wiener Wochenschrift, n° 26, 28 juin 1884). — Abcès froid résultant de carie costale. — Simple ponction et injection. — Guérison constatée pendant les deux années suivantes.

J. P..., 55 ans, tisserand, reçu à la clinique du professeur Billroth, le 27 février 1882.

Après une douleur ayant persisté pendant près de deux ans au côté gauche de la poitrine, apparaît une tumeur à développement lent et sans douleur bien sensible.

Homme de taille moyenne, d'une assez forte constitution, quelque peu pâle ; poitrine saine. Au côté gauche du dos se trouve dans la région de la dernière côte, une tumeur grosse comme le poing, allongée,

fortement tendue, assez bien circonscrite, recouverte par une peau normale. Fluctuation pas tout-à-fait nette.

1^{er} mars 1882. Ponction ; écoulement de 300 cent. c. de pus épais, jaunâtre. Injection de 20 cent. c. de glycérine iodoformée. Pansement compressif.

3 mars. Le malade qui n'éprouve absolument aucune gêne n'est plus soigné à la clinique.

Après un mois disparition complète de la tumeur. En janvier 1884, on constate que le malade n'a plus aucune trace de son ancienne affection.

Observation V. — (Billroth, loco citato). — Abscess par congestion,* résultant de carie vertébrale lombaire. — Trois ponctions et injections. — Guérison persistant après environ trois ans.

E. J..., infirmière d'environ 40 ans, reçue le 13 mai 1881. L'affection date de plus de 4 ans. Au début, la malade eut du côté gauche une périostite costale qui lui dura trois mois et demi. Depuis, toux, douleurs, les dernières particulièrement vives s'irradient vers la région de l'aîne droite depuis le mois de novembre 1880.

En décembre de la même année, apparaît sous le ligament de Poupart une tumeur grosse comme une orange, qui depuis ne fait que s'accroître.

Etat actuel. — Femme de taille élevée ; constitution forte ; nutrition bonne.

Respiration courte aux deux sommets.

Sensibilité à la pression sur les vertèbres lombaires. Sous le ligament de Poupart droit, s'étendant vers la partie interne de la cuisse du même côté, se trouve une tumeur grosse comme une tête de fœtus, recouverte par une peau normale.

Cette tumeur communique d'une façon évidente avec une autre qu'on trouve dans la région iliaque droite.

8 mai 1881. Ponction ; il s'écoule un litre de pus épais, vert jaunâtre ; injection de 100 grammes de glycérolé. Pansement compressif. Une heure après, pesanteur de tête, abattement.

La malade a bien dormi et le lendemain matin s'est éveillée avec un grand sentiment de bien-être.

25 juillet 1884. La malade pendant le mois qui a suivi l'opération est restée sans douleurs ; le reste du temps se lève, va et vient sans inconvénient. L'abcès n'est pas essentiellement diminué mais il a une consistance ferme.

Répétition de la ponction et de l'injection ; on injecte 90 grammes du glycérolé d'iodoforme. Aucune réaction. Après un mois l'abcès a sensiblement diminué ; il est dur.

Pour le faire disparaître complètement, troisième ponction, suivie d'une troisième injection.

Au bout d'un mois, la malade était complètement guérie et sa guérison s'est maintenue. Depuis, elle a rempli avec activité son rôle d'infirmière dans notre clinique et resta ainsi continuellement soumise à l'observation médicale.

Observation VI. — (Billroth, loco citato). — Abcès froid de la partie supérieure de la cuisse sans caractère osseux bien net. — Une seule ponction et injection. — Guérison.

A. H..., 24 ans, femme de chambre, reçue le 5 novembre 1883.

Depuis dix mois présente une tumeur au-dessous du ligament de Poupart. D'abord du volume d'un œuf, elle augmenta de volume pour atteindre les dimensions quelle affecte maintenant et elle a gagné la partie interne de la cuisse gauche.

État actuel. — Femme pâle, constitution faible, nutrition mauvaise. Organes internes sains. A la partie supérieure de la cuisse, presque immédiatement sous le pli génito-crural, tumeur molle, fluctuante, recouverte par une peau normale. Si on la presse de bas en haut on peut sentir une partie au dessus du ligament de Fallope.

13 novembre 1883. Ponction ; écoulement de 3¼ de litre d'un liquide séro-purulent. Injection de 20 gr. d'une émulsion d'iodoforme à 100/0. Pansement compressif. Aucune réaction.

24 novembre 1883. La malade est renvoyée avec la tumeur diminuée d'environ moitié, le conseil lui ayant été donné de porter plus longtemps le pansement compressif.

Février 1884. Se représente guérie. Seulement, après une recherche assez minutieuse, on constate une infiltration solide à la place de l'ancien abcès.

Observation VII. — (Billroth, loco citato). — Abscess par congestion suite de carie vertébrale lombaire. — Deux ponctions.

R. V..., paysanne de 30 ans, reçue le 19 septembre 1881. Depuis neuf mois la malade a des douleurs dans la région lombaire et dans la hanche gauche, douleurs qui s'exaspèrent par le repos au lit. Depuis six mois, œdème, de la partie supérieure de la cuisse sans cause connue. Quelque temps après, la malade remarque dans l'anneau inguinal gauche une tumeur qui au début, grosse comme un œuf de poule, est arrivée au volume actuel.

État actuel. — Constitution faible — nutrition passable. Au sommet des deux poumons souffle et expiration prolongée. Colonne lombaire sensible à la pression. — A la partie supérieure de la cuisse gauche en dehors du ligament de Poupart, arrivant presque au milieu du tiers supérieur de la cuisse on voit une tumeur évidemment fluctuante, grosse comme la tête d'un fœtus, recouverte par une peau normale. Au-dessus du ligament de Fallope on trouve une seconde tumeur aussi bien fluctuante, recouverte par une peau normale et communiquant avec la première.

20 septembre 1883. Ponction de la tumeur inférieure ; il s'écoule 1½ litre de pus vert-jaunâtre — injection de 100 gr. de glycérolé — aucune réaction.

23 octobre 1883. Status exitus : les deux abscess sont notablement disparus. — Pas de sensibilité à la pression — à la partie supérieure de la cuisse il reste une petite induration.

Renseignements ultérieurs manquent.

Observation VIII. — (Billroth, loco citato). — Abscess par congestion de la partie supérieure de la cuisse, suite de carie vertébrale lombaire. — Une simple ponction et injection. — Diminution sensible.

V. R..., laitière, 42 ans, reçue le 29 mai 1882. Après une chute sur le côté gauche, datant de deux ans, des douleurs se déclarent à la partie supérieure de la cuisse gauche. Elles disparurent bientôt pour renaître cinq mois plus tard sous forme de douleurs rénales ; depuis, apparition d'une tumeur à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, tumeur qui dans ces derniers temps augmente de volume.

État actuel. — Femme de force moyenne, nutrition passable. La partie interne de la cuisse gauche est occupée dans son tiers supérieur par une tumeur grosse comme une tête de fœtus, assez fortement tendue, fluctuante, recouverte par une peau normale. Cette tumeur pressée de bas en haut communique d'une façon évidente avec la région située au-dessus du ligament de Poupart.

13 mai 1883. Ponction ; il s'écoule un litre de pus épais, jaune foncé. Injection de 20 gr. de glycérolé d'iodoforme. — Pansement.

27 juin 1883. La malade sort avec une tumeur dure, diminuée d'environ moitié, indolente.

En novembre 1883, on constate qu'à la place de l'abcès ancien se trouve une infiltration, grosse comme une orange, dure, indolente.

Observation IX. — (Billroth, loco citato). — Absès froid après avortement. — Simple absès puerpéral ? — Une ponction et une injection. — Amélioration.

J. B..., domestique, 35 ans, reçue le 7 mai 1883. A la suite d'un avortement datant de 4 mois, la malade vit naître une tumeur dans la région iliaque gauche. Depuis quelques semaines, accroissement considérable de celle-ci. Il y a quelques jours sont survenues de la douleur et de la rougeur à la peau.

État actuel. — Constitution forte. Aucune tuberculose pulmonaire en vue. Au-dessus de l'épine iliaque gauche, une tumeur plus grosse que le poing, limites incertaines ; au centre la peau est amincie, rouge.

12 mai 1883. Ponction, écoulement de 200 centimètres cubes d'un pus épais, mélangé de matières fragmentées. Injection de 30 grammes de glycérolé d'iodoforme. Pansement compressif.

28 mai 1883. Absès diminué d'environ moitié, dur, indolent.

Renseignements ultérieurs manquent.

Observation X (Résumée). — (Verneuil. Thèse de Mattei, Paris 1884).

Klein Elisa, couturière, 46 ans. Diverses manifestations scrofuleuses, cachexie profonde.

Il y a deux mois, s'est aperçue d'une petite tumeur siégeant dans la région lombaire droite ; entrée à l'hôpital le 22 janvier 1884.

Tumeur fluctuante, très douloureuse à la pression et au moindre mouvement du tronc, peau a conservé sa coloration normale. Abscess ossifluent probablement dépendant d'une apophyse transverse d'une vertèbre lombaire.

25 janvier 1884. Ponction avec l'appareil de Potain, donne une certaine quantité de liquide mélangé de sang et de pus. Injection d'iodoforme dissous dans l'éther au vingtième. Pansement occlusif avec taffetas gommé fixé par le collodion et recouvert d'ouate.

Quelques jours plus tard, notable réduction de la tumeur, douleurs diverses diminuées; certaine quantité de gaz dans la cavité. Cachexie et anorexie persistent.

7 mars. Deuxième ponction suivie d'injection.

Au bout de quelques jours diminution de la tumeur; appétit et santé générale reviennent.

28 avril. Troisième ponction suivie d'injection.

Améliorations locale et générale font des progrès rapides. Les progrès se soutiennent sans encombre jusqu'au 28 mai, époque à laquelle la malade guérie quitte l'hôpital.

Observation XI. — (Billroth, loco citato). — Abscess du dos à la suite de carie costale; une seule ponction et injection. — Amélioration. — Ouverture postérieure et guérison. — Mort, après une année 3¼, de tuberculose pulmonaire.

A. E. . . , domestique, 24 ans, reçue le 23 février 1882.

Dans son enfance, la malade eut une pneumonie, plus tard des bronchites; tuberculose héréditaire. Commencement de la présente affection il y a un an et demi, par des douleurs déchirantes dans la région de l'épaule gauche. Il y a trois semaines apparut au niveau du bord interne de l'omoplate gauche, une tumeur à évolution assez rapide.

Etat actuel. — Habitus phtisique. Souffle et respiration bronchique aux deux sommets. La région s'étendant du bord spinal de l'omoplate gauche jusqu'aux dernières vertèbres dorsales est envahie par une tumeur grosse comme une tête de fœtus, nettement fluctuante, recouverte par une peau saine.

7 mars 1882. Ponction, injection de 30 grammes de glycérolé d'iodoforme. Pansement compressif.

10 mars 1882. La malade quitte la clinique, mais n'est pas perdue de vue. Elle reste dans le statu quo, mais n'éprouve pas de douleurs. Après environ trois semaines, ouverture au niveau de la ponction. Cette petite fistule est pansée à la gaze iodoformée et un pansement compressif est appliqué.

Sous l'influence de ce traitement, au bout de deux mois, guérison complète. La malade ne revint plus à la clinique.

Plus tard, des lettres de ses proches firent savoir qu'elle avait succombé en novembre 1883 à la tuberculose pulmonaire.

Observation XII. — Abscess froid du dos, du volume d'une tête de fœtus. — Une simple ponction et injection. — Guérison complète en 7 semaines.

Observation XIII. — Abscess froid, comme le poing, à la suite de carie costale. — Une ponction et injection. — Guérison complète en trois semaines.

Observation XIV. — Abscess froid comme une œuf de poule ; provenance inconnue. — Une ponction et une injection. — Complète guérison en 14 jours.

Observation XV. — Abscess froid de la hanche. — Trois ponctions et injections. — Complète guérison. — Durée du traitement : 6 mois.

Observation XVI. — Abscess comme le poing, de la région de la hanche. — Une ponction et une injection. — Durée du traitement pas exactement connue.

Observation XVII. — Abscess de la région lombaire comme le poing, causée par une côte cariée — Une ponction et une injection. — Guérison en 6 semaines. — Depuis ce temps a continué à être observé.

Observation XVIII. — Abscess froid à la suite de carie costale. — Ponction et injection. — Guérison en 4 semaines.

Observation XIX. — Comme le cas précédent, mais guérison en 6 semaines.

Observation XX. — (Verneuil, thèse de Mattei, 1884, Paris). — Abscess présternal d'origine osseuse (?). — Deux ponctions et injections. — Abscess a presque disparu après cinq jours.

Ray Marie-Mathilde, 56 ans, marchande. Antécédents inconnus, santé assez bonne. Entrée le 8 mars 1884 pour un abscess présternal présumé d'origine costale. La tumeur, indolente, du volume d'une petite orange, d'aspect violacé, dure et pourtant fluctuante, est ponctionnée le lendemain. On en retire une assez grande quantité de pus. Une injection d'éther est pratiquée dans la cavité.

Il y a alors introduction d'une certaine quantité d'air ou de vapeur éthérée, mais ce petit accident n'entraîne aucun inconvénient.

Dès le jour suivant, la tumeur est considérablement réduite. Une nouvelle ponction pratiquée le 11 mars ne donne issue qu'à très peu de pus ; elle est immédiatement suivie d'une nouvelle injection. Le lendemain le volume et la fluctuation ont tellement diminué que la malade, se considérant comme guérie, demanda à sortir le 12 mars. Elle n'est pas restée cinq jours dans le service.

Observation XXI. — (Mikulicz, cité par M. le professeur Rohmer, in Revue de Chirurgie, 1882). — Abscess froid volumineux au niveau du pli génito-crural. — Garde le volume d'une pomme pendant sept semaines.

Abscess gros comme une tête d'enfant à la partie supérieure de la cuisse au-dessus du pli génito-crural ; ponctionné et vidé à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy. Injection de 100 grammes d'iodoforme en suspension dans de la glycérine et de l'huile (iodoforme, 10 gr. ; glycérine, 80 gr. ; huile d'olive, 40 gr.). Il appliqua ensuite un pansement compressif avec des bandelettes de diachylon. Le patient qui continuait à marcher fut très soulagé par la ponction et put continuer à vaquer à ses occupations.

Le pansement au diachylon fut renouvelé trois fois et après un mois le malade ne portait plus qu'une simple bande. L'abscess ne disparut pas complètement ; il garda les dimensions d'une pomme pendant les sept semaines que le malade put être gardé en observation.

Observation XXII résumée (Verneuil, thèse de Mattei, Paris 1884. — Abscess volumineux en pain de sucre occupant la fesse et la cuisse. — Nombreuses ponctions et injections. — Après sept mois la malade est presque guérie.

Demoiselle Barbier, cigarière, 26 ans, entrée le 12 septembre 1882.

Tempérament lymphatique, pas d'antécédents héréditaires. Vaste abcès presque du volume d'un pain de sucre formé par une collection interabdominale communiquant avec une collection de la fesse et une autre de la cuisse.

Pendant un an expectation (toniques); pas de modification en octobre 1883. Ponction évacuante suivie d'une injection d'un litre environ d'éther iodoformé (15 gr. d'iodoforme).

Bientôt douleurs vives, surtout encéphaliques, avec étourdissements, vertiges, prostration, vomissements pendant 24 heures, mais ces symptômes s'amendent et disparaissent; la poche de l'abcès diminue, bien qu'elle renferme encore beaucoup de pus ainsi que des gaz de nouvelle formation.

Evacuations et injections renouvelées tous les dix ou quinze jours environ, mais avec une solution seulement au vingtième. A chaque opération nouvelle les dimensions de l'abcès décroissent; le pus, examiné par M. Nepveu, décèle un nombre de globules blancs qui va en diminuant à mesure que le chiffre des injections augmente. Peu de douleurs, peu de gaz dans la cavité. En même temps, santé générale s'améliore. Vers le milieu de mai 1884, le recollement des parois de l'abcès est très avancé, l'écoulement de pus presque nul. La malade sort à peu près guérie.

Observation XXIII résumée (Verneuil, thèse de Mattei, Paris 1884). — Abscess froid siégeant au niveau de l'omoplate droite. — Deux ponctions et injections. — La tumeur est diminuée.

Moreau Angélique, 18 ans, couturière.

Habitus scrofuleux; aurait eu la diphtérie et la syphilis. Entrée d'abord dans le service de M. Verneuil pour une affection siégeant à la partie inférieure de la narine gauche (mai 1883), y rentre en novembre 1883 pour une tumeur siégeant sur l'omoplate droite, de la partie moyenne à la partie supérieure de cet os. Abscess froid.

Autres affections au visage, qui guérissent grâce à des applications quotidiennes d'iodoforme.

Traitement syphilitique.

Dans la tumeur du dos, deux ponctions sont faites qui furent suivies d'injections d'éther iodoformé au 1/20.

Première ponction douloureuse ; douleur vive surtout locale, s'irradiait encore dans tout le côté droit, principalement dans le bras. Pendant 24 heures la malade a été étourdie ; elle se plaignait d'une céphalalgie intense avec vertiges ; il lui semblait être ivre. Pas de délire. Elle éprouvait des nausées violentes sans vomissements, percevait le goût de l'iodoforme et de l'éther.

La seconde ponction a produit les mêmes effets, mais à un degré bien moindre. L'examen des urines n'a rien révélé de particulier. A chaque évacuation, présence d'une certaine quantité de gaz (surtout éther). Les douleurs cessèrent et la tumeur diminua. L'appétit, l'état général de la malade sont très satisfaisants. Demande son *exeat* le 4 janvier.

Observation XXIV (Verneuil, thèse de Mattei, Paris 1884). — Abscesses froids aux deux aines.

Dans l'un est faite une ponction suivie d'injection.

Laas Albert, maréchal-ferrant, 28 ans. Entre pour un abcès froid occupant le bas ventre et aboutissant aux deux aines ; abcès en accent circonflexe, suivant l'expression de Verneuil.

A la suite d'un coup de pied de cheval, apparition, après un état fébrile, d'un abcès dans l'aine droite. S'ouvre spontanément. Un nouveau se montre ensuite dans l'aine gauche et le malade entre à l'hôpital le 7 juin 1884.

Bientôt, hyperthermie considérable (entre 37,5 et 39,5) du 12 juin au 17. A cette date est pratiquée dans la tumeur une ponction qui livre passage à une forte proportion de pus, et qui est suivie de l'injection de 250 gr. d'éther iodoformé au vingtième. Le lendemain, apyrexie, qui après quelques légères oscillations devient définitive à partir du 20 juin.

19 juin. — L'abcès s'est reproduit à gauche et la suppuration continue à droite. Son tympanique sur la tumeur qui, s'étant ouverte spontanément dans la nuit du 19 au 20, laisse échapper, outre une notable quantité de pus, une assez forte proportion de gaz que le malade reconnaît être de l'éther.

Il semblerait donc que si la fièvre ne s'est pas reproduite avec le pus, on peut sans trop de témérité mettre cet avantage pour une bonne part à l'actif de l'injection éthérée d'iodoforme. A tout prendre et en se défendant d'un optimisme exagéré, il y a là tout au moins une heureuse coïncidence.

Observation XXV. — (Billroth, loco citato). — Abscess du dos : carie vertébrale. — Ouverture imminente. Une simple ponction et injection. — Ouverture retardée.

M. K., cordonnier, 60 ans, reçu le 25 octobre 1882. Avant ces dix ans, complètement bien portant ; depuis, souffre de douleurs de reins qui, depuis trois ans, s'irradient et persistent chaque fois plusieurs jours. Depuis deux ans, affection des ganglions cervicaux ; il y a quatre semaines apparut une tumeur dans la région lombo-sacrée droite.

Etat actuel. Individu affaibli, presque dans le marasme. Colonne lombaire et région rénale sensibles à la pression. A droite de la ligne médiane, dans cette région, se trouvent deux tumeurs grosses comme le poing, résistantes, fluctuantes, recouvertes par une peau violacée.

28 octobre 1882. — Ponction et injection de 30 gr. de glycérolé d'iodoforme (10/100).

7 novembre 1882. — Ouverture spontanée au niveau de la ponction.

11 novembre 1882. — Le malade, sur son désir, retourne chez lui.

D'après le dire de sa femme, l'ouverture de la ponction fut par la suite élargie par un médecin étranger et l'abcès fut drainé. Le malade avait succombé peu de temps après sa sortie, atteint qu'il était d'une dégénérescence amyloïde des viscères.

Observation XXVI. — (Billroth, loco citato)..

Enfant de 13 ans ; constitution délicate. Il y a un an ponction et injection dans un abcès gros comme un œuf de poule, situé en bas de la région thoracique droite, suite d'une carie costale. Même traitement pour un abcès plus volumineux situé dans la région des lombes. A ces deux endroits, récurrence locale au bout d'un an. Le premier abcès s'est ouvert spontanément, et à son niveau la peau s'est ulcérée sur la surface d'une pièce de 5 francs. Le dernier est rempli complètement et il est gros comme une tête de fœtus.

Dans ce dernier, on a fait une ponction et une injection et il paraît être en train de guérir ; quant au premier, il est seulement pansé à la gaze iodoformée.

Vu :

Le Président de thèse.

D^r GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 28 juillet 1885.

Le Recteur,

M. MOURIN.

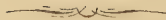
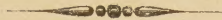


TABLE DES MATIÈRES



	Pages
Introduction.	1
Plan et Division.	6
CHAPITRE I. — Opération ; ses caractères (simplicité, facilité) .	7
CHAPITRE II. — Résultats immédiats et risques et l'opération .	14
CHAPITRE III. — Résultats éloignés. Efficacité du traitement .	26
CHAPITRE IV. — Mode d'action de l'iodoforme sur les abcès froids.	35
CHAPITRE V. — Indications et contre-indications du traitement des abcès froids par l'iodoforme	44
Conclusions.	48
Index bibliographique	49
Observations.	50



